

Sembdner, Maria

Gewalt in Altenpflegeeinrichtungen  
– Möglichkeiten und Grenzen Sozialer Arbeit

BACHELORARBEIT

HOCHSCHULE MITTWEIDA (FH)

---

UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Fakultät Soziale Arbeit

Roßwein, 2011

Sembdner, Maria

Gewalt in Altenpflegeeinrichtungen  
– Möglichkeiten und Grenzen Sozialer Arbeit

eingereicht als

BACHELORARBEIT

an der

HOCHSCHULE MITTWEIDA (FH)

---

UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Fakultät Soziale Arbeit

Roßwein, 2011

Erstprüfer: Herr Dipl. SA/SP (FH) Michel C. Hille

Zweitprüfer: Herr Prof. Dr. phil. Wolfgang Scherer

Bibliographische Beschreibung:

Gewalt in Altenpflegeeinrichtungen – Möglichkeiten und Grenzen Sozialer Arbeit:

38 Seiten Text. 13 Anlagen. 3 Abbildungen.

Roßwein, Hochschule Mittweida/Roßwein (FH), Fakultät Soziale Arbeit,  
Bachelorarbeit, 2011

Referat:

Die Bachelorarbeit befasst sich mit Gewaltformen und Gewaltanwendungen gegen alte Menschen in Institutionen der Pflege. Verschiedene Faktoren zur Gewaltentstehung werden dazu erläutert. Des Weiteren werden intervenierende und präventive Handlungsmöglichkeiten der Sozialen Arbeit aufgezeigt. Daten zu Gewalthandlungen gegen alte Menschen sind ebenfalls Teil dieser Arbeit.

## **Inhaltsverzeichnis**

### **Abkürzungsverzeichnis**

### **Abbildungsverzeichnis**

<b>1</b>	<b>Einleitung .....</b>	<b>1</b>
1.1	Vorbemerkungen .....	1
1.2	Aufbau der Bachelorarbeit .....	2
<b>2</b>	<b>Begriffsbestimmungen .....</b>	<b>3</b>
2.1	Definition Gewalt .....	3
2.1.1	Der Gewaltbegriff .....	4
2.1.2	Gewaltformen .....	4
2.2	Definition Altenpflegeeinrichtungen .....	8
<b>3</b>	<b>Gewalt gegen alte pflegebedürftige Menschen.....</b>	<b>9</b>
3.1	Allgemeine Daten von Gewalt gegen alte Menschen .....	10
3.2	Daten und Fakten über Gewalt gegen alte Menschen in Institutionen.....	10
3.2.1	Qualitätsdefizite in Altenpflegeeinrichtungen .....	11
3.2.2	Freiheitsentziehende/Freiheitsbeschränkende Maßnahmen .....	12
3.2.3	Defizite im Umgang mit Medikamenten .....	13
3.2.4	Vernachlässigungen .....	14
<b>4</b>	<b>Ursachen und Entstehung von Gewalt .....</b>	<b>16</b>
4.1	Das „Modell der Entstehung von Gewalt gegen alte Menschen“ .....	17
4.2	Aggression, „Frustrations-Aggressions-Theorie“, „Lernen am Modell“ ....	19
4.3	Misslingende Kommunikation als Entstehungsfaktor von Gewalt .....	21
4.4	Belastungen und Burnout als Entstehungsfaktoren von Gewalt .....	21
4.5	Täterhass und Mitwissergleichgültigkeit .....	23
<b>5</b>	<b>Interventionsmöglichkeiten der Sozialen Arbeit .....</b>	<b>25</b>
5.1	Empowerment .....	26
5.2	Supervision.....	29
5.3	Gelingende Kommunikation .....	31
<b>6</b>	<b>Gewaltprävention in Altenpflegeeinrichtungen.....</b>	<b>33</b>
<b>7</b>	<b>Zusammenfassung und Schlussbetrachtung .....</b>	<b>36</b>
	<b>Anlagenverzeichnis .....</b>	<b>39</b>
	<b>Quellen- und Literaturverzeichnis .....</b>	<b>57</b>

## Abkürzungsverzeichnis

Abs.	- Absatz
AEDL	- Aktivitäten und existenzielle Erfahrungen des Lebens
Art.	- Artikel
Aufl.	- Auflage
BGB	- Bürgerliches Gesetzbuch
BMFSFJ	- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
bzw.	- beziehungsweise
ca.	- circa
e.V.	- eingetragener Verein
ebd.	- ebenda
et al.	- et alii / et aliae
f.	- folgend
ff.	- fortfolgend
GG	- Grundgesetz
ggf.	- gegebenenfalls
HeimG	- Heimgesetz
HsM	- Handeln statt Misshandeln (Bonner Initiative)
i. S.	- im Sinne
KG	- Kommanditgesellschaft
LKA	- Landeskriminalamt
MDK	- Medizinischer Dienst der Krankenkassen
MDS	- Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen
M. S.	- Maria Sembdner
o. D.	- ohne Datum
PQsG	- Pflege-Qualitätssicherungsgesetz
resp.	- respektive
S.	- Seite / Satz
s.	- siehe
SGB XI	- Sozialgesetzbuch (SGB) Elftes Buch (XI) Soziale Pflegeversicherung
StGB	- Strafgesetzbuch

u. a.	- und anderen
URL	- Uniform Resource Locator
Verdi	- Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft
vgl.	- vergleiche
WHO	- World Health Organization
z. B.	- zum Beispiel
zit.	- zitiert
§	- Paragraph
&	- und

## **Abbildungsverzeichnis**

	<b>Seite</b>
<b>Abb. 1:</b> Gewaltdreieck nach Galtung	5
<b>Abb. 2:</b> Gewaltstraftaten in Betreuungsverhältnissen in Pflegeeinrichtungen	11
<b>Abb. 3:</b> Vier-Seiten-Modell nach Friedemann Schulz von Thun	31

# 1 Einleitung

## 1.1 Vorbemerkungen

Gewalthandlungen gegen alte Menschen sind ein generelles gesellschaftliches Problem, welches Größenteils tabuisiert wird. Durch den demographischen Wandel und den somit anwachsenden Bevölkerungsanteil alter Menschen in der Gesellschaft darf diese Problematik nicht weiter vernachlässigt werden. Die Versorgung alter pflegebedürftiger Menschen ist in der Familie aufgrund des demographischen Wandels kaum noch möglich und wird somit immer mehr institutionalisiert (s. Anlage 1).

Insbesondere pflegebedürftige alte Menschen, vor allem mit psychischen Erkrankungen, sind Übergriffen meist hilflos ausgeliefert. Weiterhin gibt es zu wenig Hilfsangebote für die Betroffenen. (vgl. Hirsch, o. D., nach 2002, S. 1)

Gewalt in Altenpflegeheimen kann nicht nur gegen die pflegebedürftigen alten Menschen gerichtet sein, sondern auch gegen das Pflegepersonal oder die Angehörigen. Genauso geht gegen Heimbewohner<sup>1</sup> gerichtete Gewalt nicht nur allein von den Pflegepersonen aus. Gewalt muss immer in einem größeren Kontext betrachtet werden, denn meist sind mehrere Faktoren an der Entstehung von Gewalthandlungen beteiligt.

Im Rahmen dieser Bachelorarbeit wird Gewalt in Altenpflegeeinrichtungen gegenüber alten pflegebedürftigen Menschen betrachtet sowie Möglichkeiten der Sozialen Arbeit zur Prävention und Intervention erläutert.

Jeder alte Mensch bringt seine eigene Lebensgeschichte mit, in der er viel erlebt hat. Viele haben Kinder zur Welt gebracht und groß gezogen, haben den Krieg miterleben müssen und trugen durch ihre Arbeitskraft zur Gesellschaft bei. Der Respekt und ein würdevoller Umgang gegenüber diesen Menschen hat oberste Priorität.

---

<sup>1</sup> Im Folgenden wird aufgrund der besseren Lesbarkeit meist auf die Unterscheidung in männliche und weibliche Schreibweise verzichtet und die männliche Form verwendet. Dies soll keine Abwertung oder Minderung des weiblichen Geschlechts sein. Bei geschlechtsspezifischen Analysen wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass sich die entsprechenden Aussagen ausschließlich auf das männliche Geschlecht beziehen bzw. wird die weibliche Form verwendet, wenn es sich explizit um weibliche Personen handelt.



Widerfährt den alten pflegebedürftigen Menschen Gewalt, befinden sie sich aufgrund der Pflegebedürftigkeit oft in einer hilflosen Lage. An dieser Stelle muss die Soziale Arbeit eingreifen, um einen würdevollen Lebensabend dieser Menschen zu sichern.

Die Bachelorarbeit soll zum einen der Tabuisierung des Themas „Gewalt in Altenpflegeeinrichtungen“ entgegenwirken. Diese Enttabuisierung soll dazu beitragen, es Pflegepersonen zu vereinfachen, von ihren Problemen zu berichten. Das Publizieren der Thematik soll den Handlungsbedarf verdeutlichen und vorschnelle Verurteilungen abwenden. Im Verlauf dieser Arbeit wird aufgezeigt, wie Gewalt verhindert und somit eine würdevolle Pflege sowie ein autonomes Leben alter Menschen gewährleistet werden kann. Dies setzt auch voraus, dass für die Mitarbeiter einer solchen Altenpflegeeinrichtung ein angenehmes Berufsklima herrscht. Des Weiteren werden in dieser Bachelorarbeit Hilfen der Sozialen Arbeit aufgezeigt, um Gewalt entgegenzuwirken bzw. sie zu verhindern.

## **1.2 Aufbau der Bachelorarbeit**

In der vorliegenden Bachelorarbeit wird anfänglich der Begriff „Gewalt“ definiert sowie auf die verschiedenen Gewaltformen eingegangen. Anschließend wird kurz der Begriff „Altenpflegeeinrichtungen“ betrachtet, wobei die unterschiedlichen Arten von Heimen definiert werden. Das Begriffsverständnis ist Ausgangspunkt für den weiteren Verlauf dieser Bachelorarbeit.

Es gibt verschiedene Konstellationen inwiefern Gewalt in einem Pflegeheim vorkommen kann. Diese Bachelorarbeit beschränkt sich auf Gewalt, welche gegenüber pflegebedürftigen alten Menschen auftreten kann. Dabei wird ein großer Teil der Gewichtung auf die Qualitätsdefizite, freiheitsentziehenden Maßnahmen, den Medikamentenmissbrauch und Vernachlässigungen, wie Dehydration oder Dekubiti, gelegt.

Die Darstellung der Ursachen und Entstehung von Gewalt wird im darauf folgenden Kapitel erläutert. Dabei wird besonders auf das „Modell der Entstehung von Gewalt gegen alte Menschen“ von Hirsch eingegangen. Im weiteren Verlauf werden die Theorien „Frustrations-Aggressions-Hypothese“ von Dollard u. a. sowie „Lernen am Modell“ von Bandura aus der Aggressionsforschung (vgl. Lieske, 2004, S. 17) mit eingebracht. Misslungene Kommunikation und Arbeitsbelastungen können die

Gewaltentstehung ebenfalls beeinflussen und werden hier extra noch einmal aufgeführt. Außerdem werden Dießenbachers und Schüllers Erkenntnisse zum Täterhass und zur Mitwissergleichgültigkeit erwähnt. Diese Ursachenanalyse ist grundlegend für den weiteren Verlauf dieser Arbeit als auch für die Ansatzpunkte in der Sozialen Arbeit.

Abschließend werden Empowerment und Supervision als Interventionsmöglichkeiten der Sozialen Arbeit angebracht. Das Vier-Seiten-Modell der Kommunikation von Schulz von Thun soll ergänzend aufgeführt werden, da eine gelingende Kommunikation Ausgangspunkt für Veränderungen ist. Bei der Gewaltprävention wird vor allem auf die neun Punkte der Gewaltprophylaxe von Dießenbacher und Schüller eingegangen.

## **2 Begriffsbestimmungen**

### **2.1 Definition Gewalt**

Viele Menschen setzten sich mit dem Thema Gewalt in Gedichten und anderen Veröffentlichungen auseinander. Im Zusammenhang mit dem Thema „Gewalt in Altenpflegeeinrichtungen“ werden hier zwei passende Publikationen angebracht:

Gewalt fängt nicht an,  
wenn einer einen erwürgt.  
Sie fängt an, wenn einer sagt:  
„Ich liebe dich,  
du gehörst mir!“

Die Gewalt fängt nicht an  
wenn Kranke getötet werden.  
Sie fängt an, wenn einer sagt:  
„Du bist krank,  
du musst tun, was ich dir sage!“

Erich Fried (Lieske, 2004, S. 5)

„Der Mensch muß [sic!] nie, kann aber immer gewaltsam handeln, er muß [sic!] nie, kann aber immer töten – einzeln oder kollektiv – gemeinsam oder arbeitsteilig – in allen Situationen, kämpfend oder Feste feiernd – in verschiedenen Gemütszuständen, im Zorn, ohne Zorn, mit Lust, schreiend oder schweigend (in Todesstille) – für alle denkbaren Zwecke – jedermann“ (Popitz, 1992, S. 50; Einfügung: M. S.).

Gewalthandlungen sind facettenreich. Sie beginnen nicht erst bei einer vollständigen Deeskalation einer Situation, sondern ihre Ursprünge sind eher zu erkennen. In jedem Menschen finden sich Potentiale für Gewaltanwendungen.

### **2.1.1 Der Gewaltbegriff**

Für den Gewaltbegriff gibt es verschiedene Erklärungsansätze und Begriffsdefinitionen. Eines steht jedoch fest: Gewalt ist so alt wie die Menschheit selbst.

Der Gewaltbegriff ist weit gefächert und reicht von Benachteiligung, Aggression, Terrorismus, Pogrom bis hin zu Gewalt gegen Frauen und Kinder, Gewalt in der Familie, gegen Fremde, gegen sich selbst bzw. Gewalt in den Medien. Die Definition von Gewalt ist abhängig von den politischen, sozialen oder ideologischen Zugängen. Durch diese unterschiedlichen Blickwinkel ist der Begriff Gewalt nicht generalisierbar. Doch immer wenn es um Gewalt geht, spielen Attribute wie Aggression, Macht, Zwang, Herrschaft oder Autorität eine Rolle. (vgl. Förster, 2008, S. 5)

### **2.1.2 Gewaltformen**

Wenn man den Gewaltbegriff in Zusammenhang mit der Pflege alter Menschen betrachtet, sollte man zwischen Misshandlung und Vernachlässigung differenzieren.

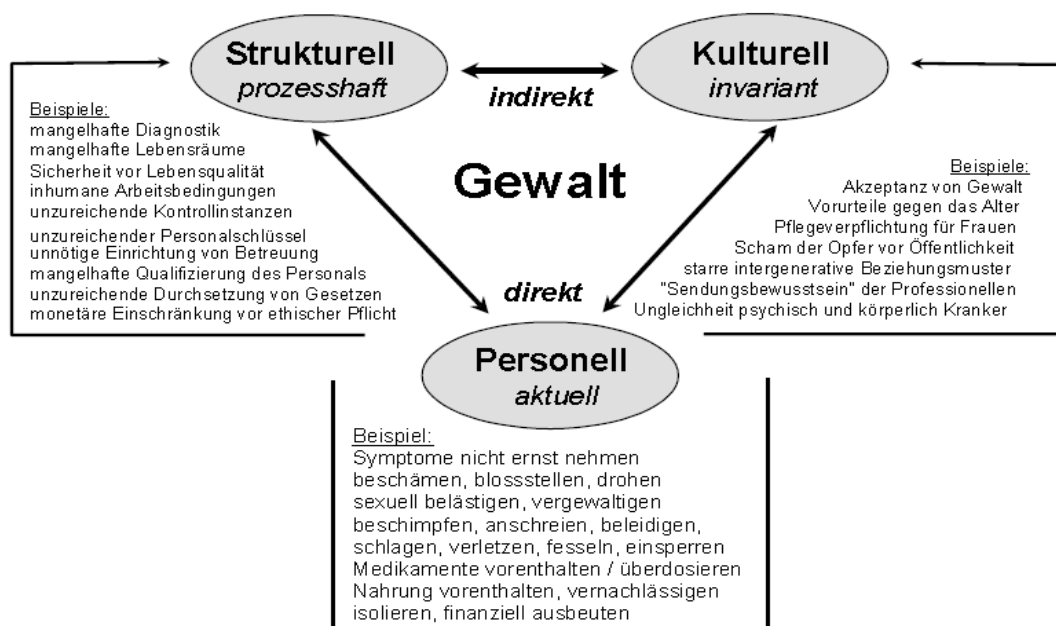
„Misshandlung bezeichnet ein aktives Tun, das den Adressaten dieser Handlung in seiner Befindlichkeit in spürbarer Weise negativ berührt bzw. seinem expliziten Wunsch deutlich widerspricht“ (Dieck, 1987, S. 311 zit. nach Förster, 2008, S. 6).

„Vernachlässigung bezeichnet die Unterlassung von Handlungen, die situationsadäquat wären im Sinne eines erkennbaren Bedarfs oder expliziten Wunsches des Adressaten“ (ebd.).

Unter den Begriff Misshandlung fallen sowohl die physische und psychische Gewalt als auch finanzielle Ausbeutung und die „Einschränkung des freien Willens“ (Förster, 2008, S. 6). Bei der Vernachlässigung unterscheidet man die aktive und passive Form. Aktive Vernachlässigungen sind zum Beispiel die Verweigerung des Inkontinenzmaterialwechsels nach der Darm- bzw. Blasenentleerung, die Verweigerung von bestimmten Schlafzeiten sowie das Nichtbeachten des Klingelnotrufs. Zu den passiven Formen zählen sowohl das Unterlassen der Kommunikation oder die Vorenthaltung von Therapien und Fußpflege als auch die Nichtbeachtung der Religion bzw. Kultur und die Missachtung von Sorgen und Ängsten. (vgl. ebd.)

Durch die Differenzierung zwischen Misshandlung und Unterlassung wird jedoch nur die direkte Gewalt zwischen Personen beschrieben. Galtung bezieht strukturelle, kulturelle und personelle „Ebenen in sein Konzept ein und versteht unter Gewalt jedes Handeln, welches potentiell realisierbare grundlegende menschliche Bedürfnisse (Überleben, Wohlbefinden, Entwicklungsmöglichkeit, Identität und Freiheit) durch personelle, strukturelle oder kulturelle Determinanten beeinträchtigt, eingeschränkt oder deren Befriedigung verhindert“ (Hirsch, o. D., nach 2002, S. 2). Durch diese Gewalttriade (s. Abb. 1) wird verdeutlicht, dass in Beziehung auftretende Gewalthandlungen mannigfaltige Hintergründe haben können. (vgl. ebd.)

Abb. 1: Gewaltdreieck nach Galtung



(Hirsch, 2003, S. 15)

Strukturelle Gewalt kommt „von oben“. Sie beschreibt also im Zusammenhang mit der Thematik „Gewalt in Altenpflegeeinrichtungen“ vorwiegend institutionelle Vorgaben. Diese Gewaltform steht auf den ersten Blick weniger im Mittelpunkt, da sie oft nicht direkt zu erkennen ist. Sie ist häufig die Ursache für personelle Gewalt, welche mehr im Fokus steht, da sie besser zu erkennen ist. Kulturelle Gewalt bezieht sich auf gesellschaftliche Werte und Vorurteile. Sie sind zum einen erheblich an der Entstehung von Gewalthandlungen beteiligt. Zum anderen erschwert das Vorherrschen von kultureller Gewalt die Verminderung von Gewaltanwendungen. Die personelle Gewalt wirkt direkt und beschreibt eine Täter-Opfer-Dichotomisierung. Diese Form der Gewalt besteht aus einer Handlung bzw. einem Unterlassen einer Handlung zwischen zwei Personen. Hierunter zählen Misshandlungen und Vernachlässigungen. (vgl. Lieske, 2004, S. 15 f.)

Personelle Gewalt ist zwar am leichtesten greifbar, jedoch dürfen gerade beim Thema „Gewalt in Altenpflegeeinrichtungen“ strukturelle und kulturelle Gewalt als Auslöser von Gewalthandlungen nicht missachtet, sondern müssen als wichtige Faktoren mit einbezogen werden. Zudem ist das Erkennen der Komplexität von Gewalt Ausgangspunkt dafür, dass Hilfen optimal abgestimmt werden können.

Strukturelle Gewalt wirkt, wie auch kulturelle Gewalt, direkt oder indirekt. Beispiele für strukturelle Gewalt sind inhumane Arbeitsbedingungen, unzureichender Personalschlüssel, mangelhafte Kontrollinstanzen, die Vorenthaltung von Lebensqualität sowie mangelhafte Lebensräume. Kulturelle Gewalt umfasst beispielsweise die Vorurteile gegenüber dem Alter, die Akzeptanz von Gewalt, das Schamgefühl der Opfer gegenüber der Öffentlichkeit oder die Verpflichtung, dass Frauen die Pflege übernehmen. Personelle Gewalt wirkt nur direkt. Beispiele für diese Gewaltform sind das Nichternstnehmen von Symptomen, sexuelle Belästigung, psychische Gewalt wie Beschimpfungen, Beleidigungen oder Beleidigungen als auch körperliche Gewalt, welche zum Beispiel Schläge und Fixierungen beinhalten. (vgl. Hirsch, o. D., nach 2002, S. 2)

Ausgehend von Galtungs Modell kann Gewalt als vermeidbare Beeinträchtigung von menschlichen Bedürfnissen verstanden werden. Diese neutrale Auffassung verhindert, dass Sachverhalte zum Skandal gemacht werden. Das wiederum hemmt die emotionale Sichtweise, die meist die Aufklärung bzw. die Suche nach Alternativen verhindert. Des Weiteren bewirkt das Modell, dass Gewalt unter mehreren Faktoren und unter mehrdimensionalen Ausgangspunkten zu betrachten ist. Dieser Blick-

winkel bietet Möglichkeiten, an den Ursachen zu arbeiten und fordert somit zum Handeln auf. Außerdem schließt das Modell die Betrachtungsweise aus, Gewalt nur als Beziehungsproblematik bzw. aus der Täter-Opfer-Dichotomisierung zu sehen. Die Täter-Opfer-Beziehung sollte dabei nicht als reine Beziehungsarbeit, in der die Blickwinkel der Akteure entscheidend sind, betrachtet werden. Denn dies dient in erster Linie zur Vermeidung von Emotionen und lässt somit die Möglichkeiten der Interventionen offen. Aufbauend auf dieses Modell können somit günstigere Handlungsstrategien abgeleitet werden. (vgl. ebd., S. 3)

Cordula Schneider nahm eine andere Aufteilung der Gewaltformen vor (s. Anlage 2). Zu physischen Gewaltformen zählen Handgreiflichkeiten gegenüber alten pflegebedürftigen Menschen. Auch Fixierungen sowie der Missbrauch von falschen Medikamenten gehören zu diesen Erscheinungsbildern dieser Gewaltform. Emotionale bzw. psychische Gewalt beinhaltet beispielsweise Drohungen, Beleidigungen, Bedrängungen oder Einschüchterungen. Ausbeutung bzw. den pflegebedürftigen Menschen zu Geschenken oder zur Testamentsänderung zu bewegen, zählt zur finanziellen Gewalt. Die Gewaltform der passiven und aktiven Vernachlässigung beinhaltet unterlassene Hilfen, Vorenthaltung von Hygiene, Kleidung oder Nahrung sowie Verweigerung von Toilettengängen. Außerdem erwähnt sie die Form der strukturellen Gewalt. Dazu gehören beispielsweise feste Essenszeiten oder eine gestörte Privatsphäre. Des Weiteren gibt es die Freiheitsbeschränkung bzw. die „Einschränkung der freien Willensäußerung“ (Schneider, 2005, S. 32, zit. nach Förster, 2008, S. 8). Isolation, Einsperren und freiheitsentziehende Maßnahmen sind Beispiele für diese Gewaltform. Auch die Formen der kulturellen Gewalt und sexuelle Misshandlungen können in Pflegeeinrichtungen vorkommen. Zur kulturellen Gewalt zählen, wie im Vorrangegangenen bereits genannt, die Akzeptanz von Gewalt oder das Schamgefühl der Opfer gegenüber der Öffentlichkeit zu verletzen. (vgl. Förster, 2008, S. 7 f., resp. Schneider, 2005)

## **2.2 Definition Altenpflegeeinrichtungen**

Im Deutschen „Heim- und Pflege-Atlas“ unterscheidet man drei Arten von Heimen: Altenwohnheim, Altenheim und Pflegeheim.

Die Bewohner von Altenwohnheimen zahlen Mieten und Betreuungszuschläge, jedoch werden keine Pflegesätze erhoben. Wenn „das Betreuungsangebot über eine dreiwöchige krankheitsbedingte Pflege im Jahr hinaus geht und dafür eine höhere Bezahlung verlangt wird, handelt es sich bereits um ein Altenheim“ (Henssler KG, 1996, S. 11). (vgl. ebd. S. 11)

Altenheime sind Institutionen, welche Betreuung, Unterkunft und Verpflegung anbieten. In der Regel sind Altenheime keine Einrichtungen für pflegebedürftige alte Menschen, sondern lediglich für alte Menschen, die zur Führung des eigenen Haushaltes außerstande sind. Im Bedarfsfall wird als Sonderleistung Pflege gewährt. Dabei muss die Einrichtung den Vorschriften für Personal, Bau und Ausstattung entsprechen. (vgl. ebd.)

Pflegeheime sind Einrichtungen für chronisch kranke und pflegebedürftige alte Menschen, die eine umfassende Betreuung abdecken. Zu den Leistungen eines solchen Heimes zählen in der Regel Unterkunft, Betreuung, Verpflegung sowie Pflege. Ein Ziel ist es, verbliebene Ressourcen der Bewohner zu trainieren und somit zu erhalten bzw. Besserungen des allgemeinen Zustandes zu erlangen. (vgl. ebd. S. 12)

Oftmals gibt es kombinierte Formen von Altenwohnheimen, Altenheimen und Pflegeheimen (vgl. ebd.).

Nach dem Paragraph Eins Absatz Eins Satz Zwei des Heimgesetzes sind Heime i. S. dieses Gesetzes „Einrichtungen, die dem Zweck dienen, ältere Menschen oder pflegebedürftige oder behinderte Volljährige aufzunehmen, ihnen Wohnraum zu überlassen sowie Betreuung und Verpflegung zur Verfügung zu stellen oder vorzuhalten, und die in ihrem Bestand von Wechsel und Zahl der Bewohnerinnen und Bewohner unabhängig sind und entgeltlich betrieben werden“ (HeimG, § 1 Abs. 1 S. 2).

Altenpflegeeinrichtungen sind Institutionen, wo alte, pflegebedürftige Menschen versorgt und betreut werden können. Darunter fallen die Formen der Pflegeheime

und Altenpflegeheime. Auch Altenheime können unter Umständen die Voraussetzung für Altenpflegeeinrichtungen erfüllen.

Altenpflegeeinrichtungen setzen voraus, dass bei deren Bewohnern eine Pflegebedürftigkeit vorliegt. „Pflegebedürftig im Sinne dieses Buches sind Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße (§ 15) der Hilfe bedürfen“ (SGB XI, § 14 Abs. 1). Genauere Definitionen finden sich in den Pflegebedürftigkeits-Richtlinien.

Im Jahr 2007 gab es in Deutschland 2,25 Millionen Pflegebedürftige nach dem SGB XI. Von diesen wurden 32 Prozent (709000 Pflegebedürftige) in etwa 11000 Pflegeheimen betreut (vgl. Statistisches Bundesamt, 2008, S. 4, 12; s. Anlage 3). Aus der Pflegestatistik 2007 des Statistischen Bundesamtes wird ersichtlich, dass zunehmend immer mehr Menschen in Pflegeheimen untergebracht sind (vgl. ebd., S. 27; s. Anlage 4).

### **3 Gewalt gegen alte pflegebedürftige Menschen**

Es erwies sich als problematisch (aktuelle) Informationen zu Gewalthandlungen gegen alte Menschen, speziell in Altenpflegeeinrichtungen, auskünftig zu machen, da es gibt kaum Datenerhebungen bzw. empirische Forschungen zu diesem Themenfeld gibt (vgl. MDK Sachsen, 2011, E-Mail vom 07.01.2011; s. Anlage 5). Die Dunkelziffer wird jedoch als sehr hoch eingeschätzt. (vgl. Hirsch, o. D., nach 2002, S. 3f.)

Jeder Mensch besitzt Grundrechte. „Die Würde des Menschen ist unantastbar“ (GG, Art. 1 Abs. 1 S. 1). Auch der Artikel Zwei des Grundgesetzes ist im Zusammenhang mit dieser Bachelorarbeit von großer Bedeutung:

„Artikel 2 [Persönliche Freiheitsrechte]

- (1) Jeder hat das Recht auf freie Entfaltung der Persönlichkeit, soweit er nicht die Rechte anderer verletzt und nicht gegen die verfassungsmäßige Ordnung oder das Sittengesetz verstößt.



- (2) Jeder hat das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit. Die Freiheit der Person ist unverletzlich. In diese Rechte darf nur auf Grund eines Gesetzes eingegriffen werden.“ (GG, Art. 2)

Das Recht in Würde zu altern, frei und uneingeschränkt handeln zu können und mit Respekt begegnet zu werden, hat in der Altenarbeit oberste Priorität.

### **3.1 Allgemeine Daten von Gewalt gegen alte Menschen**

In den Jahren 1997 bis 2002 gingen mehr als 1000 Anrufe beim Bonner Notruftelefon ein. In denen wurden Gewalthandlungen, überwiegend Vernachlässigung und psychische Gewalt, beschrieben. Die meisten Betroffenen waren weiblich und lebten in ihrer eigenen Wohnung oder im Altenheim. (vgl. Hirsch, o. D., nach 2002, S. 3)

Wie die Bonner Initiative HsM feststellte, fanden bei den dort ermittelten Fällen die meisten Gewalthandlungen gegen alte Menschen in den Jahren 1999 und 2000 in Altenheimen statt. 1997, 1998 und 2001 war vordergründig die Wohnung der alten Menschen der Ort der Gewaltanwendungen. (vgl. Hirsch, 2003, S. 28; s. Anlage 6)

„Einer Hochrechnung zufolge werden 350 000 Menschen im Alter von 60-75 Jahren einmal jährlich Gewaltopfer“ (Schulenberg, 2010, S. 5).

### **3.2 Daten und Fakten über Gewalt gegen alte Menschen in Institutionen**

Untersuchungen zu Gewalterscheinungen im stationären Bereich gibt es kaum. In der häuslichen Pflege liegt die Häufigkeit der körperlichen Gewaltanwendungen gegen alte Menschen bei fünf bis vierzehn Prozent. Im Bereich der Institutionen werden diese Zahlen als höher eingeschätzt. (vgl. BMFSFJ, 2006, S. 175)

In Institutionen wurden in der Vergangenheit fast nur einzelne Gewaltphänomene untersucht, wie zum Beispiel die Einschränkung der Bewegungsfreiheit oder der Missbrauch von Psychopharmaka. Andere Gewalthandlungen gegen alte Menschen in Institutionen wurden kaum untersucht. Zum Auftreten bzw. zur Häufigkeit von künstlicher Ernährung und Dekubiti sowie zum Umgang mit der rechtlichen Betreuung, welches ein Hinweis auf Misshandlungen von pflegebedürftigen alten

Menschen sein könnte, gibt es kaum Untersuchungen. „Bekannt ist, dass die medizinische, besonders die gerontopsychiatrische Versorgung unzureichend und die Pflege mangelhaft ist“ (Hirsch, o. D., nach 2002, S. 4). (vgl. ebd.)

Im Folgenden werden Gewaltstraftaten der Polizeilichen Kriminalstatistik Sachsen dargestellt, bei denen in der Opfer-Tatverdächtigen-Beziehung ein Betreuungsverhältnis im Senioren- bzw. Pflegeheim vorlag (vgl. LKA Sachsen, 2011, E-Mail vom 13.01.2011; s. Anlage 7).

Abb. 2: Gewaltstraftaten in Betreuungsverhältnissen in Pflegeeinrichtungen

Jahr	Erfasste Fälle	Anzahl der Tatverdächtigen	Anzahl der Opfer
2008	58	56	59
2009	46	48	56

(vgl. LKA Sachsen, 2011, E-Mail vom 13.01.2011)

Jedoch ist in der Polizeilichen Kriminalstatistik von Sachsen nicht ausgewiesen, ob die Straftat durch das Pflegepersonal oder durch Heimbewohner begangen wurde (vgl. ebd.).

### 3.2.1 Qualitätsdefizite in Altenpflegeeinrichtungen

Qualitätsdefizite in unterschiedlichen Schweregraden sind in der Pflege in allen Bereichen eines Heimgeschehens vorhanden. (vgl. BMFSFJ, 2006, S. 175)

In einer Stichtagserhebung 1999 in Bayern prüfte der Medizinische Dienst der Krankenkassen Pflegeheime. Von den 715 Pflegeheimen wiesen 537 Defizite im Qualitätsmanagement und 467 in der Arbeitsorganisation auf. Über die Hälfte hatten Mängel bei der Fachkraftquote und knapp die Hälfte beim Leitbild bzw. dem Pflegekonzept. (vgl. Hirsch, o. D., nach 2002, S. 5, resp. Brucker 2001)

Der Medizinische Dienst der Krankenkassen führte zwischen 1996 und 1999 ca. 4000 Prüfungen durch, davon waren etwa 2200 stationär und 1800 ambulant. Mängel in der Pflegedokumentation gab es in fast allen Einrichtungen. Starke Defizite wurden bei der Dekubitusprophylaxe, Inkontinenzversorgung, der Ernährung bzw.

der Flüssigkeitszufuhr, freiheitsbeschränkenden Maßnahmen sowie im Umgang mit Medikamenten nachgewiesen. (vgl. ebd., S. 6, resp. Brüggemann, 2000; s. Anlage 8)

### **3.2.2 Freiheitsentziehende/Freiheitsbeschränkende Maßnahmen**

#### **Gesetzliche Ebene der freiheitsentziehenden und freiheitsbeschränkenden Maßnahmen**

Der Paragraph 1906 des Bürgerlichen Gesetzbuches besagt, dass freiheitsentziehende Maßnahmen unter gewissen Voraussetzungen legitim sind (vgl. BGB, § 1906; s. Anlage 9). Das hierbei auftretende Problem in der Praxis ist jedoch der relativ große Ermessensspielraum der Einschätzung der ausgehenden Gefahr, die sich gegen den Betroffenen selbst bzw. gegen andere richtet. Die reale Notwendigkeit einer solchen Maßnahme steht also offen. Bei einer ausgehenden Gefahr muss das Betreuungsgericht die Genehmigung zu einer freiheitsentziehenden Maßnahme ausstellen. Jedoch können Pflegepersonen kurzfristige freiheitsentziehende Maßnahmen durchführen.

Es kommt auch vor, dass die gesetzliche Ebene übergangen wird, indem zum Beispiel der Stuhl so unter dem Tisch geschoben wird, dass sich die alte Menschen aufgrund ihrer Pflegebedürftigkeit nicht selbstständig aus dieser Lage befreien können.

Die Umsetzung dieses Paragraphen in deutschen Pflegeheimen ist kritisch zu betrachten. Die Freiheit des Menschen als Grundrecht sollte immer an höchster Stelle stehen, es sei denn es besteht eine wirkliche Gefahr für den Betroffenen bzw. dritter.

„Nicht als freiheitsentziehende Maßnahmen im Sinne des § 1906 BGB zu werten sind Eingriffe in die Bewegungsfreiheit von geringer Intensität und/oder Dauer – diese werden als freiheitsbeschränkende Maßnahmen bezeichnet (z. B. nur einmaliges, kurzfristiges Hochziehen von Bettgittern). Diese können aber durchaus Freiheitsberaubung im Sinne des § 239 StGB sein und bedürfen dann zu ihrer Legitimation der Voraussetzungen des rechtfertigenden Notstandes gemäß § 34 StGB“ (Schulze-Zeu, o. D., S. 3 f.; s. Anlage 10).

### **Untersuchungen zu freiheitsentziehenden/freiheitsbeschränkenden Maßnahmen**

An 51 Prozent der Bewohner in Pflegestationen von sechs Altenheimen wurden in einer Untersuchung freiheitsbeschränkende Maßnahmen getätigt. Der Beobachtungszeitraum betrug 48 Stunden (vgl. Hirsch, o. D., nach 2002, S. 5, resp. Hollweg 1994). Des Weiteren wurde in 26 deutschen Altenheimen eine Stichtagserhebung durchgeführt. Diese Untersuchung umfasste eine Zahl von 3000 Heimbewohnern, wovon in diesem Zeitraum mehr als 2000 freiheitsentziehende Maßnahmen vorgenommen wurden. (vgl. ebd., resp. Klie 1998)

Auch im Jahr 2000 führte Klie mit Pfundstein eine weitere Stichtagserhebung zu „freiheitsentziehenden Maßnahmen“ in 31 Alten- und Pflegeheimen in München durch. Bei 41,4 Prozent der Bewohner wurden mechanische Maßnahmen am Bett bzw. am Stuhl, getätigt. Die Bettgitter wurden bei 40,6 Prozent der Bewohner als Maßnahme eingesetzt. Bei etwa einem Drittel der Heimbewohner wurden die freiheitsentziehenden Maßnahmen mehr als 20 Stunden am Tag angewandt. Über Acht Stunden wurden bei ca. einem Drittel Fixierungen am Stuhl vorgenommen. Die Angaben dieser Erhebung wurden vom Pflegeheimpersonal gemacht. Als Gründe der freiheitsentziehenden Maßnahmen wurden meist Sturzgefahr bzw. Gehunsicherheit benannt. (vgl. ebd., resp. Klie & Pfundstein 2002)

„Dem ‚1. Bericht des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDS) nach § 118 Abs. 4 SGB XI‘ aus dem Jahr 2004 zufolge ergibt sich, dass bei etwa 9 % der untersuchten Heimbewohnerinnen und Heimbewohner, bei denen freiheitseinschränkende Maßnahmen praktiziert wurden, Mängel bzw. ein nicht gesetzeskonformes Vorgehen festgestellt wurde“ (BMFSFJ, 2006, 176).

### **3.2.3 Defizite im Umgang mit Medikamenten**

Vor allen Psychopharmaka werden in Pflegeheimen oft missbräuchlich eingesetzt. Häufig werden diese Medikamente überdosiert, gefährlich kombiniert, ungünstig ausgewählt und/oder zu lange Zeit verordnet.

Hierzu sagt eine Untersuchung von zwei Heimen aus, dass mehr als die Hälfte der Bewohner Medikamente ohne Diagnosestellung verabreicht bekamen. Etwa ein Drittel der alten Menschen erhielten über vier verschiedene Medikamente. Knapp zwei Drittel bekamen Psychopharmaka verordnet. Die Bedarfsverordnung, welche

im Ermessen der Pflegefachkräfte liegt, fand dabei häufig Anwendung. Fast die Hälfte der Bewohner bekamen Neuroleptika. Dies ist ein Medikament, was „als Ausdruck der Hilflosigkeit von Ärzten und Pflegenden gegenüber ‚schwierigen‘ Bewohnern gewertet“ (Hirsch, o. D., nach 2002, S. 6) wird. (vgl. ebd., resp. Grond 1993)

Eine weitere Untersuchung zeigt, dass etwa 55 Prozent der Bewohner von Altenheimen Neuroleptika verschrieben bekamen. Hingegen bekamen bei Klinikentlassungen lediglich nur 20 Prozent diese Medikamente verordnet. Gerade demente Patienten haben ein erhöhtes Nebenwirkungsrisiko. Trotz dessen werden ihnen oft Psychopharmaka, meistens Neuroleptika, verordnet. In den Heimen werden diese Medikamente häufig dauerhaft verabreicht. Meistens galt: je geringer die Symptomlinderung bei den Bewohnern war, desto höher war die Dosierung von Neuroleptika. Benzodiazepine (Beruhigungsmittel) wurden doppelt so oft in Heimen verordnet. (vgl. ebd., resp. Wilhelm-Gössling 1998)

Die Enquête-Kommission Demographischer Wandel belegte, dass die Verordnung von Psychopharmaka an Pflegeheimbewohner sinkt, wenn der Personalschlüssel, vor allem an examinierten Fachkräften, steigt. Des Weiteren wurden Untersuchungen für ein Gutachten hinzugezogen, die nachwiesen, dass 50 Prozent der Heimbewohner Psychopharmaka verordnet bekommen. 27 Prozent der Bewohner nehmen regelmäßig zwischen fünf und elf Medikamente ein. (vgl. ebd., resp. Glaeske et al. 1997)

### **3.2.4 Vernachlässigungen**

Vernachlässigungen sind das Unterlassen medizinischer und pflegerischer Versorgungsleistungen, notwendiger Hilfen im alltäglichen Leben sowie das Unterlassen von Flüssigkeits- und Nahrungsangeboten (vgl. Schulenberg, 2010, S. 7).

Dekubiti und Dehydration können wichtige und eine der häufigsten Anzeichen für Vernachlässigungen sein (vgl. BMFSFJ, 2006, 176 f.).

Die Dehydration, welche auch Flüssigkeitsdefizit genannt wird, ist ein Flüssigkeitsmangel des Körpers, der aufgrund einer Unausgeglichenheit zwischen Flüssigkeitszufuhr und Flüssigkeitsausscheidung entsteht. Dies kann durch zu wenig Zufuhr oder zu viel Ausscheidung von Flüssigkeit bedingt sein. (vgl. Michalke, 2001, S. 306)

Ein Mangel des Durstgefühls im Alter, Merkfähigkeitsstörungen oder ein Selbstversorgungsdefizit zählen zu den häufigsten Ursachen einer Dehydration eines alten pflegebedürftigen Menschen. Auch ein Wissensmangel über die Bedeutsamkeit der ausreichenden Flüssigkeitszufuhr oder übermäßige Flüssigkeitsverluste zum Beispiel durch Medikamente, Stoffwechselstörungen oder Diarrhoe bedingen ein Flüssigkeitsdefizit. (vgl. ebd., 306 f.)

Aufgrund epidemiologischen Studien wird geschätzt, dass eine Mangelernährung der Bewohner in deutschen Heimen bei 25 bis 50 Prozent vorliegt. Nach dem ersten MDS-Qualitätsbericht wurden bei 41 Prozent der untersuchten Heimbewohner Dokumentationsmängel in den Ernährungs- und Flüssigkeitsprotokollen festgestellt. (vgl. BMFSFJ, 2006, 177).

Ein Dekubitus ist ein Druckgeschwür bzw. ein Wundliegegeschwür. Eine solche Wunde entsteht durch eine Druckeinwirkung auf ein Gewebe und die daraus resultierende Mangelversorgung des Gewebes mit Sauerstoff. (vgl. Michalke, 2001, S. 220)

Ein Dekubitus entsteht durch mangelnde Druckentlastung. Die richtige Lagerung bei Menschen, die in ihrer Mobilität eingeschränkt sind, ist deshalb besonders wichtig. Auch die Hautpflege, das Betten und das Kleiden nehmen Einfluss auf die Entstehung von Dekubiti. Sowohl regelmäßiges Wechseln des Inkontinenzmaterials, vitamin- und eiweißreiche Ernährung als auch ausreichende Flüssigkeitszufuhr dienen der Vorbeugung. (vgl. ebd. S. 222 f.)

Im Durchschnitt leiden fünf Prozent der Pflegeheimbewohner an einem Dekubitus in unterschiedlichen Schweregraden, besagen Datenerhebungen des Hamburger Projektes „Qualitätsvergleich in der Dekubitusprophylaxe“. Bei 43 Prozent der im ersten MDS-Qualitätsbericht untersuchten Pflegeheimbewohner war die Durchführung in der Dekubitusprophylaxe bei einem vorliegenden Dekubitusrisiko nicht angemessen. (vgl. BMFSFJ, 2006, S. 176)

## **4 Ursachen und Entstehung von Gewalt**

Gewalt in einer Pflegebeziehung entsteht nicht durch einen Faktor allein, sondern immer unter vielfältigen Faktoren und mehrdimensionalen Ausgangspunkten. Da wesentliche Ursachen in wechselseitiger Beziehung stehen können, kann keine einfache Ursache-Wirkungsbeziehung aufgewiesen werden. Das Zusammenwirken von verschiedenen Faktoren erhöht zusätzlich das Risiko der Entstehung von Gewalt. (vgl. Hirsch, 2002)

Im Folgenden werden verschiedene Denkansätze zur Entstehung von Gewalt beleuchtet. Zu Beginn dieses Abschnittes wird das „Modell der Entstehung von Gewalt gegen alte Menschen“ von Rolf D. Hirsch erläutert, welchem ein Beispiel zum besseren Verständnis folgt. Dieses Modell ist sehr komplex und stellt die multifaktoriellen und mehrdimensionalen Entstehungsbedingungen von Gewalt optimal dar. Als Ergänzung wird im weiteren Verlauf auf Aggression sowie die theoretischen Erklärungsansätze der „Frustrations-Aggressions-Hypothese“ von Dollard u. a. und „Lernen am Modell“ von Bandura eingegangen. Zur besseren Veranschaulichung werden diese zusätzlich mit Beispielen aus dem Alltag einer Pflegeeinrichtung untermauert. Des Weiteren wird misslingende Kommunikation und Überforderung bzw. Burnout als mögliche Entstehungsursache für Gewalt genauer betrachtet. Dießenbachers und Schüllers Erkenntnisse zur Pflegegewalt, dem Täterhass und die Mitwissergleichgültigkeit, werden außerdem angeschnitten. Andere Ursachen für die Gewaltentstehung im Pflegeheim, wie zum Beispiel das Machtverhältnis zwischen Bewohner und Pflegeperson (vgl. Förster, 2008, S. 13 ff.), die Angst vor dem eigenen Alter, Konfrontation mit Tod und Sterben (vgl. Dießenbacher, Schüller, 1993, S. 17 f.), Konflikte im Pflegealltag (vgl. Förster, 2008, S. 26 f.), Faktoren der Gewaltentstehung ausgehend betrachtet von der Lohnpflegebeziehung (vgl. Dießenbacher, Schüller, 1993, S. 21-34) oder die Größe der Einrichtung (vgl. ebd., S. 19), werden hier nicht gesondert aufgeführt.

#### **4.1 Das „Modell der Entstehung von Gewalt gegen alte Menschen“**

Gewalthandlungen können unterschiedliche Ursachen haben. Im Modell „Entstehung von Gewalt gegen alte Menschen“ (Hirsch, o. D., nach 2002, S. 7; s. Anlage 11) wird eine Einteilung in drei verschiedene Faktoren vorgenommen: prädisponierende Faktoren, vermittelnde Faktoren und die auslösenden Faktoren. (vgl. ebd.)

Das Schema lässt sich allgemein auf die Gewaltentstehung gegen alte Menschen anwenden. Im Zusammenhang mit dieser Bachelorarbeit wird berücksichtigt, dass sich die Gewaltentstehung gegen Bewohner von Altenpflegeeinrichtungen richtet. Dieses sehr komplexe Modell stellt verschiedene Pfade der Gewaltentstehung dar, welches man aus unterschiedlichen Sichtweisen, zum Beispiel aus dem Blickwinkel der Heimbewohner oder aus der Pflegepersonensicht, betrachten kann.

Als Vorboten für Gewalt, die sogenannten prädisponierende Faktoren, stellt Hirsch individuelle, familiäre/ institutionelle, soziale/ institutionelle, strukturelle/ institutionelle und kulturelle Faktoren dar. Bei individuellen Faktoren können zum Beispiel das Vorhandensein verschiedener Kompetenzen, die Frustrationstoleranz, die Selbstkontrolle oder die physische und seelische Gesundheit eine entscheidende Rolle bei der Gewaltentstehung spielen. Als familiäre Faktoren können beispielsweise Interaktionen zwischen Familienmitgliedern oder bestimmte Bedürfnisse von Familienmitgliedern genannt werden. Soziale und strukturelle Faktoren sind aus dem institutionellen Blickwinkel besonders wichtig mit einzubeziehen. Die Wohnsituation oder inwiefern ein Mensch sozial integriert ist und sein soziales Netz wahrnimmt, zählt zu den sozialen Faktoren. Spezifisch institutionell gesehen, können der Umgang mit Mitarbeitern und Mitbewohnern einer Einrichtung sowie die Beteiligung an Angeboten ausschlaggebend für die Entstehung von Gewalttaten sein. Strukturelle Entstehungsbedingungen können gesellschaftliche Strukturen sein. Aus dem Blickwinkel von Einrichtungen können solche Faktoren den Personalschlüssel, Vorgaben, Angebote und Strukturen der Institution beinhalten, die zu Gewalthandlungen führen können. Ein weiterer prädisponierender Faktor sind kulturelle Komponenten. Hierbei kann die Einstellung zu Verantwortung, Gewalt, Individualität, Menschenwürde oder zum Alter von Bedeutung sein. Oftmals bilden gesellschaftlich geprägte altersdiskriminierende Vorurteile den Ausgangspunkt für Gewaltentstehung. (vgl. ebd.)



Vermittelnde Faktoren sind Umstände, die Gewalt fördern können. Hirsch nennt hier das soziale Netzwerk bzw. das soziale Stützsystem. Entscheidend können hier zum Beispiel die innerfamiliären Beziehungsstrukturen oder Beziehungen zu Bekannten, die Zugehörigkeit zu Organisationen oder Vereinen sein. Im Zusammenhang mit der Gewaltentstehung in Pflegeheimen können hier außerdem institutionelle Faktoren wirken. (vgl. ebd.)

Auslösende Faktoren schließen die Bewertung lebensgeschichtlicher Ereignisse, die Verarbeitung von schwierigen Lebenssituationen und die aktuell vorherrschende Situation mit ein, um Gewalt gegen einen alten Menschen entstehen zu lassen. Diese Gewaltanwendungen wirken sich auf die Beteiligten, auf deren Beziehungen und auf das Umfeld aus. (vgl. ebd.)

Dieses Modell ist theoretisch und kann sich bei der Entstehung von Gewalt ganz verschieden zusammensetzen. Faktoren können in unterschiedlicher Intensität wirken, können entfallen bzw. werden übersprungen, doppeln sich oder die Pfade können verschiedene Richtungen einschlagen.

Häufig ist es so, dass beim Auftreten von Gewalt mehrere Gewaltformen gekoppelt sind. Physische Gewalt tritt oft im Zusammenhang mit psychischer auf, Vernachlässigung kommt meistens in Verbindung mit indirekter Gewalt vor und kulturelle Gewalt ist oft mit Isolation gepaart. (vgl. ebd., S. 6 f.)

### *Ein Beispiel*

Das Modell zur Entstehung von Gewalt von Hirsch ist sehr komplex und lässt sich aus unterschiedlichen Blickwinkeln betrachten. Zum besseren Verständnis wird hier ein Beispiel aufgeführt. Betrachtet wird das Modell aus der Pflegepersonensperspektive, da hier die Gewalthandlungen direkt ansetzen:

Eine Pflegeperson einer Altenpflegeeinrichtung besitzt wenig soziale Kompetenzen, er kann beispielsweise nicht vollkommen empathisch handeln (individueller Faktor). In seiner eigenen Familie gibt es Probleme, zum Beispiel eine Trennung vom Lebenspartner (familiärer Faktor / Soziales Stützsystem), so dass sein Soziales Stützsystem aus dem Gleichgewicht gerät. Er hat also nicht den familiären Rückhalt, der wichtig ist, um schwierige Lebenssituationen bewältigen zu können. Das Pflegeheim, in dem dieser Mensch arbeitet, hat einen geringen Personalschlüssel und die Fachkompetenz der anderen Mitarbeiter kann die Anforderung der anfallenden Arbeit

nicht decken (strukturelle/ institutionelle Faktoren). Es entsteht Zeitdruck im Pflegeablauf. Daraus ergibt sich, dass der Umgang zu den anderen Mitarbeitern misslingt und ein Mangel an Kommunikation herrscht (soziale/institutionelle Faktoren). Des Weiteren ist diese Pflegeperson durch die Gesellschaft von altersdiskriminierenden Vororientierungen geprägt (kultureller Faktor). Zu diesen ungünstigen Gegebenheiten kommt nun hinzu, dass ein Bewohner der Einrichtung ständig über Schmerzen klagt. Durch die institutionell bedingten Arbeitsbelastungen sowie durch die ungünstigen persönlichen Umstände kann der Mitarbeiter in der Situation nicht korrekt handeln, diese kann eskaliert und es kommt zur Gewaltausübung.

## **4.2 Aggression, „Frustrations-Aggressions-Theorie“, „Lernen am Modell“**

Für Aggression gibt es keine allgemein gültige Begriffsbestimmung in der Literatur. Eines steht jedoch fest: der Begriff Aggression ist eng mit dem Begriff der Gewalt verbunden, da Aggression bei der Entstehung von Gewalt eine große Rolle spielen kann.

„Aggression ist eine Verhaltenssequenz, deren Zielreaktion die Verletzung einer Person ist, gegen die sie gerichtet ist“ (Sleg, 1982, S. 352, zit. nach Förster, 2008, S. 9). Diese ins Deutsche übersetzte Definition nach Dollard (et al., 1939) ist eine grundlegende Begriffsbestimmung. In einer weitergefassten Definition von Bandura wird erwähnt, dass aggressives Verhalten subjektiv beurteilt werden kann (vgl. Förster, 2008, S. 9 f., resp. Bandura, 1979). Eine Aggression ist ein schadhaftes Verhalten, was gegen einen Organismus oder ein Ersatzobjekt gerichtet ist und kann offen oder verdeckt, positiv oder negativ sein. (vgl. ebd., S. 10, resp. Sleg, 1997)

### **„Frustrations-Aggressions-Theorie“**

Ein theoretischer Erklärungsansatz zur Gewaltentstehung ist die Frustrations-Aggressions-Hypothese von Dollard u. a. aus dem Jahr 1939. Diese Theorie besagt, dass Aggression immer die Folge von Frustration ist und Frustration immer zu einer Form von Aggression führt. Je stärker die Frustration ist, desto intensiver sind aggressive Verhaltensweisen. Die Theorie wurde jedoch im Laufe der Jahre überholt: Nicht jede Frustration muss zwangsläufig zu aggressiven Reaktionen führen sowie nicht jedes aggressive Verhalten aus Frustrationen hergeleitet werden kann (vgl. Lieske, 2004, S. 17 f.). Fakt ist, dass Frustrationen in der Pflege bei den vielen

Mitarbeitern alltäglich sind. Diese ergeben sich zum Beispiel aus dem Verhalten undankbarer Bewohner. (vgl. Dießenbacher, Schüller, 1993, S. 18 resp. Grond, 1991)

#### *Ein Beispiel*

Eine Pflegefachkraft wird im Verhältnis zu ihrer Arbeitsleistung schlecht bezahlt. Zu dem kommt hinzu, dass viele Mitarbeiter krankgeschrieben sind. Durch den Personalmangel muss die Fachkraft auch Arbeitsaufgaben aus anderen Bereichen übernehmen. Als ein Bewohner stürzt, muss der Arzt gerufen und ein Sturzprotokoll geschrieben werden. Durch die Überforderung entsteht Frustration, die sich in Wut, Ärger und Zorn umwandeln kann. Aus dieser Situation kann resultieren, dass die Pflegekraft mit aggressivem Verhalten reagiert, den Bewohner anschreit oder ihn grob anfasst.

#### **„Lernen am Modell“**

In Verbindung mit der Entstehung von Gewalt in Altenpflegeeinrichtungen wird hier ein weiterer Erklärungsansatz, der eine andere Sichtweise ermöglicht, angebracht: Die Theorie „Lernen am Modell“ von Bandura (1979). Diese Hypothese bezeichnet Verhaltensmuster, die durch das Beobachten von Vorbildern erlernt werden. Dadurch können neue Verhaltensweisen erlernt (modellierender Effekt), ein Sinken bzw. Ansteigen von Hemmschwellen für vorhandene Verhaltensweisen (enthemmender/hemmender Effekt) oder bestehendes Verhalten kann ausgelöst werden (auslösender Effekt). Modellpersonen sind meist Personen mit einem höheren Status oder Personen, die eine emotionale Bindung zum Beobachter haben (vgl. Lieske, 2004, S. 22 ff.). Die Vorbildfunktion eines erfolgreichen Pflegemitarbeiters oder der Heimleitung, die Gewalt anwenden, gehört zu den Entstehungsfaktoren für Gewalthandlungen in Pflegeeinrichtungen. (vgl. Dießenbacher, Schüller, 1993, S. 18, resp. Grond, 1991)

#### *Ein Beispiel*

Ein Pflegeheim hat eine neue Pflegekraft eingestellt. Dieser Mitarbeiter bringt, bis auf seine Ausbildung, nur wenige Vorerfahrungen aus der Pflegepraxis mit. Demzufolge orientiert er sich an anderen in der Einrichtung arbeitenden Pflegekräften bzw. Pflegefachkräften. Die neue Pflegeperson beobachtet, wie eine Fachkraft einen unruhigen Bewohner mit seinem Stuhl so unter einen Esstisch schiebt, dass er sich

nicht von selbst aus dieser Situation lösen kann. Die neue Pflegekraft lernt durch diese Beobachtung eine Verhaltensweise kennen, die sie vielleicht selbst einmal anwendet.

Diese zwei Erklärungsansätze zur Gewaltentstehung wurden hier nur kurz angeschnitten werden, da keine Theorie zur Gewaltentstehung ein konkretes Gewaltphänomen allein auslöst, sondern immer mehrere Faktoren für die Entstehung von Gewalt beteiligt sind.

#### **4.3 Misslingende Kommunikation als Entstehungsfaktor von Gewalt**

Kommunikation ist in der Altenpflege ein wichtiger Bestandteil, da ständig Menschen miteinander in Beziehung treten. Durch Kommunikation werden Informationen ausgetauscht bzw. weitergegeben und sie schafft somit die Grundlage für Veränderungen. Besonders vordergründig ist die Kommunikation in Dienstübergaben, Team- und Fallbesprechungen. (vgl. Michalke, 2001, S. 38 ff.)

Kommunikation wirkt sich auf die Gesundheit der Pflegenden aus. Eine gelingende Kommunikation schafft ein positives soziales Wohlbefinden. Die WHO definiert Gesundheit unter anderem als Zustand vollkommenen sozialen Wohlbefindens. Auch kann eine gute Kommunikation zur Bewältigung des belastenden Arbeitsalltages beitragen. Probleme und Wünsche äußern und durch Kommunikation auf andere zugehen oder eingehen zu können, sind wichtige Kompetenzen. (vgl. Linz, 2006, S. 110)

Misslingt die Kommunikation, können zum Beispiel subjektiv empfundene Arbeitsüberlastungen sowie psychische Beschwerden auftreten (vgl. ebd.). Somit können Defizite in der Kommunikation in der Altenpflege oft ein wesentlicher Faktor der Gewaltentstehung sein. (vgl. Dießenbacher, Schüller 1993, S. 13, resp. Stannard 1973; S. 18, resp. Petzold, 1990)

#### **4.4 Belastungen und Burnout als Entstehungsfaktoren von Gewalt**

2005 hat das Pflegepersonal in den etwa 9000 Altenheimen in Deutschland neun Millionen Überstunden angesammelt, gab Verdi in ihrer Gewerkschaftszeitung bekannt. Auch das Aufgabengebiet des Pflegepersonals hat sich in den letzten Jahren

deutlich geändert. Dies beruht auf den veränderten gesetzlichen Grundlagen, wie zum Beispiel dem Pflege-Qualitätssicherungsgesetz (PQsG) oder den Paragraphen 31 ff. des SGB XI (s. Anlage 12). Der komplexe Aufgabenbereich geht weit über pflegerische Arbeiten hinaus und reicht über Sterbebegleitung bis hin zu umfassenden Pflegedokumentation, die viel Zeit in Anspruch nimmt. Hinzu kommen finanzielle Einschränkungen, Zeitdruck sowie ein verhältnismäßig geringer Fachkräfteanteil in der Pflege. Das Pflegepersonal befindet sich unter andauerndem Druck, bei steigenden Wirtschaftlichkeitsabsichten und zunehmender Arbeitsverdichtung eine gute Pflegequalität leisten zu können. (vgl. Förster, 2008, S. 19)

Die für die Pflegekräfte kaum zu bewältigenden Arbeitsaufgaben können zu einem Burnout führen (vgl. Dießenbacher, Schüller, 1993, S. 18, resp. Petzold).

Burnout kommt aus dem Englischen und bedeutet „ausbrennen“, jedoch existiert bislang keine eindeutige Definition dieser Krankheit, da zwei verschiedene Erklärungsansätze bestehen. Nach dem persönlichkeitsorientierten Ansatz von Freudenberg ist Burnout ein Gefühlszustand, der die persönliche Einstellung, Motivation genauso wie das Verhalten durch eine Überanforderung äußerer Bedingungen und vor allem durch Stress, beeinträchtigt. Laut seiner Definition liegt der Grund von der resultierenden Erschöpfung und Frustration in den unrealistischen Erwartungen des Betroffenen (vgl. Freudenberg, 1994, S. 27). Nach dem organisationspsychologischen Erklärungsansatz von Christina Maslach ist Burnout ein über längere Zeit unbemerkter veränderter Seelenzustand einer überbelasteten Person, der von Anspannung, Erschöpfung, gesunkener Motivation und verminderter Effektivität geprägt ist. Die Motive für Burnout sind neben einer unausgeglichene Work-Life-Balance die Abnahme des Arbeitsengagements und der Verfall von Emotionen. (vgl. Maslach, 2001, S. 25 ff.)

Schätzungsweise ein Viertel der Erwerbstätigen in Deutschland leiden unter Burnout. Bei 70 Prozent der Bevölkerung treten zeitweise Verspannungen, Rückenschmerzen sowie Abgeschlagenheit auf. Unter depressiven Stimmungen, Nervosität, Unruhe, Schlafstörungen und dem Gefühl von leichter Reizbarkeit leiden 60 Prozent. Über 30 Prozent der Bevölkerung klagen über psychische Belastungen. (vgl. Hillert, 2011)

Stress kann zwar zu Höchstleistungen befähigen, es ist jedoch wichtig den Distress, der negative Stress, in Grenzen zu halten. Dieser ist Auslöser für den Anstieg von

psychischen Erkrankungen, die ihren Ursprung in der beruflichen Belastung haben. (vgl. Schaudy, o. D., nach 2007)

Insbesondere Menschen mit sozialen Berufen gehören aufgrund der großen Belastungen im Berufszweig der Risikogruppe an. Neben den wirtschaftlichen, zeitlichen und personellen Überlastungen können ebenso die sich ständig ändernden Dienstzeiten und die Konfrontation mit menschlichen Schicksalen zu Burnout führen. (vgl. Springer Medizin, 2007)

Der tagtägliche Druck, welcher die Pflegekräfte stark belastet, Frustrationen und Aggressionen können der Entstehung von Gewalt beitragen (vgl. BMFSFJ, 2006, S. 175). Pflegekräfte können die Fähigkeit zum empathischen Handeln verlieren (vgl. Dießenbacher, Schüller 1993, S. 15, 37, 92 f.). Die Überlastungen durch das wirtschaftliche Denken der Pflegeeinrichtung, den Zeit- sowie auch durch den Fachkräftemangel in der Pflege sind enorm. Hinzu kommt die mangelnde Anerkennung im Pflegealltag, die ein soziales Handeln in einer Überforderungssituation bei den Pflegekräften entleeren lässt. (vgl. Schneider, 2006, S. 3 f.)

#### **4.5 Täterhass und Mitwissergleichgültigkeit**

„Pflegegewalt ist das Ergebnis von Täterhaß [sic!] und Mitwissergleichgültigkeit“ (Dießenbacher, Schüller, 1993, S. 91; Einfügung: M. S.). Dießenbacher und Schüller analysierten vier Fälle zu „Gewalt im Altenheim“:

Die Ursachen oder Anstöße von Gewalthandlungen sind nach Dießenbacher und Schüller unter anderem das schlechte Arbeitsklima und die Lohnunzufriedenheit. Hinzu kommen die Ich-Schwäche, der Geltungsdrang und ein Minderwertigkeitsgefühl in der Persönlichkeit des Täters. Je „gebrechlicher und schwächer die Alten wurden, umso eher waren Vernachlässigungen und Beseitigungsabsichten zu beobachten“ (ebd., S. 94). Täter fühlten sich durch die Konfrontation mit der Endlichkeit verängstigt und reagierten darauf mit Abwehrangst. Dies waren meist Gewalthandlungen, die die Bewohner trafen. Die alten Menschen reagieren auf ihr Schicksal, ihren Lebensabend pflegebedürftig in einem Heim zu verbringen, mit Revolte oder Resignation. Jegliche Trost- und Erleichterungshoffnung zerstören die Täter durch ihr Handeln. Die pflegebedürftigen Menschen nehmen dagegen eine protestierende Haltung ein, worauf die Täter wieder mit Abwehr eingehen. Dabei

kann es zur Eskalation kommen. Hass, welcher aus Abneigung hervorgeht, kann der Grund sein, der eine empathische Pflege erschwert. „Der Pfleger muß [sic!] die körperliche Anwesenheit des Beiseitegewünschten hinnehmen. Mehr noch: er muß [sic!] an dem, den er lieber im ‚Himmel‘ als im Heim wünscht, täglich körpernahe, körperberührende, ja intime, sogar Zartheit und Einfühlsamkeit erfordernde Körperverrichtungen ausüben“ (ebd., S. 96; Einfügung: M. S.). Hass kann wiederum daraus entstehen, dass die Täter mit der Hinfälligkeit konfrontiert werden. Ihrem Vitalitätsbegehren wird eine Bedrohung des eigenen Gesundheitszustandes entgegengesetzt. Um dies zu bekämpfen reagieren sie oft mit Gewalt. (vgl. ebd., S. 91-98)

Doch Pflegegewalt besteht nicht nur aus Opfer und Täter. Hinzu kommt die Gleichgültigkeit von Mitwissern, die hinreichende Bedingung von Gewalt. „Die Mitwisserschaft bildet ein Umfeld in konzentrischen Kreisen ums Tatzentrum“ (ebd., S. 98). Besuchende Angehörige können zum Kreis der Mitwisser zählen. Sie sind oft von Schuldgefühlen geplagt, da sie nicht selbst die Pflege übernommen haben und neigen deshalb dazu, einen Gewaltverdacht zu ignorieren. Wenn sich dieser jedoch bestätigt, tragen sie außerdem die Last der Mitverantwortung der Misshandlungen bzw. Vernachlässigungen. Daher sind sie bei Täterschilderungen der Verletzungen leichtgläubig und lassen sich einfach besänftigen. Das Pflegepersonal reagierte meist auf Gewalthandlungen mit Unterwerfung und machte sich somit zu nicht eingreifenden Mitwissern. Qualifiziertes Personal neigte zu Wachsamkeit und Opposition, kündigte oder wurde entlassen. Unqualifiziertes Personal reagierte in der Regel mit Gehorsam, Wahrnehmungsverweigerungen oder ging eine Mittäterschaft ein. Doch nicht nur Angehörige und Pflegepersonal zählen zum Kreise der Mitwisser, sondern auch die Heimärzte und Behörden verschließen die Augen vor den Gewalthandlungen. (vgl. ebd., S. 98 ff.)

Allerdings muss man die Mitwissergruppe differenzieren: Mitwisser mit den verschiedenen Gleichgültigkeitsmotiven, die Opfer selbst, die sich aus eigener Kraft meist nicht aus ihrer Situation befreien können, und die Retter. Die Retter stehen am Rand des Gewaltgeschehens und zeigen Ich-Stärke und ein hohes Maß an Zivilcourage, indem sie eingreifend handeln. (vgl. ebd., S. 91 f., 100 f.)

Petzold „führt unter dem Titel ‚Über die Entstehung und die Möglichkeiten der Verhinderung von Gewalt gegenüber alten Menschen im Heim‘ folgende Faktoren als gewaltfördernd an: die Verachtung alter Menschen drückt sich in ihrer Kasernierung aus; sie zeigt darin die Angst einer die Jugend bevorzugenden Gesellschaft vor dem Tod. Daher kommt es, daß [sic!] Altenpflege kein angesehener Beruf ist. Die Organisation der Heime erschwert die Kommunikation; ‚Kostenoptimierung‘ geht vor ‚Optimierung von Lebensqualität‘. Die Arbeit mit herzlosen oder gar pathologischen Kollegen birgt eine ‚psychologische Ansteckungsgefahr‘. Unzureichender Personalschlüssel, Rollendruck, autoritäres Hierarchiegefüge und Streß [sic!] kommen dazu. Das produziert Burnout, das sich bei Ich-schwachen Pflegern bis zum ‚malignen Burnout‘ mit sadistischen und gewalttätigen Entgleisungen steigern kann. Die vitale ‚Tötung des Todes‘ hat den Pflegebedürftigen als Verkörperung von Siechtum und Tod erkannt, die Angst davor verwandelt sich in Aggressionen gegen ihn“ (Dießenbacher, Schüller, 1993, S. 18, resp. Petzold, 1990; Einfügung: M. S.). Trotz, dass diese Entstehungsfaktoren vor etwa zwei Jahrzehnten verfasst wurden, treffen sie heute noch immer zu (vgl. Förster, 2008, S.19). An diesem Beispiel kann gut dargelegt werden, dass Gewalt unter mehreren Faktoren in unterschiedlicher Art und Weise entstehen kann.

## **5 Interventionsmöglichkeiten der Sozialen Arbeit**

Gewalt zu erkennen, ist die Grundvoraussetzung für Interventionen.

Im Vorfeld einer Intervention ist dementsprechend zu klären, ob und inwiefern eine Gewaltanwendung vorlag. Der Verdacht muss objektiv betrachtet werden, wobei eine körperliche Untersuchungen und die Überprüfung der Medikamente notwendig sind. Aussagen von Dritten und die Beobachtung einer körperlichen Veränderung können hilfreich zur Aufklärung von Gewalthandlungen sein. Des Weiteren muss der Täter einbezogen werden. Bei den meisten Interventionen ist es auch von Bedeutung dessen Hintergründe der Gewalttat zu beleuchten. (vgl. Hirsch, o. D., nach 2002, S. 7)

Verurteilungen und Schuldzuweisungen helfen in der Regel nicht weiter. Vielmehr verhindern sie die Inanspruchnahme von Hilfsangeboten. Stattdessen sind Maßnahmen erforderlich, die an den Entstehungsfaktoren von Gewalthandlungen



ansetzen. Die Analyse der situativen Faktoren und pathogenen Beziehungsmuster sowie die Beratung sind an erster Stelle erforderlich. (vgl. Hirsch, 2002)

Je nach Entstehungsfaktoren einer Gewaltausübung, muss die Soziale Arbeit ansetzen. Entlastungen in der Pflege, die Auflösung gesellschaftlicher Wertorientierungen und der Vorurteile über das Alter sowie zu problembelasteten Pflegesituationen beratend Unterstützung zu bieten, können hilfreiche Maßnahmen sein. Die Sensibilisierung und die Aufklärung über Krankheiten können außerdem von großer Bedeutung sein. Desweiteren ist die Weitervermittlung zu therapeutischen Angeboten möglich.

Im Folgenden werden die Methoden Empowerment und Supervision dargestellt, da sie bei Gewaltsituationen im Pflegeheim durch die Soziale Arbeit Hilfestellungen geben können. Dabei wirken sie nicht nur intervenierend, sondern auch präventiv. Ergänzend wird das Vier-Seiten-Modell von Schulz von Thun aufgegriffen.

## **5.1 Empowerment**

Empowerment versteht sich nicht als direkte Intervention der Sozialen Arbeit, sondern vielmehr als eine professionelle Haltung des sozialen Handelns. Hier geht es darum, gemeinschaftliche Potentiale zu stärken und somit die Grundlage eines solidarischen Handelns zu schaffen. Defizite der Klienten sollen dabei in den Hintergrund rücken, da eine Defizitorientierung die Eigeninitiative zu problemlösendem Handeln behindern kann. (vgl. Galuske, 2002, 263 f.)

Die professionelle soziale Hilfe soll Stärken und Ressourcen erkennen und wahrnehmen. „Der Blickwinkel richtet sich hier gezielt auf die Ressourcen und Stärken der Menschen, auf ihre Potentiale zur Lebensbewältigung und -gestaltung - auch unter den eingeschränkten Bedingungen des Mangels oder vor dem Hintergrund vielfältiger persönlicher Defizite“ (Stark, 1996, S. 108, zit. nach Galuske, 2002, S. 264). (vgl. Galuske, 2002, S. 264)

Die professionelle Haltung des Empowerment basiert im Zusammenhang mit „Gewalt in Altenpflegeeinrichtungen“ auf einer Zusammenarbeit mit dem Pflegepersonal, da hier meist direkte Gewaltauswirkungen ansetzen. Pflegepersonen sollen, vor dem Hintergrund des Bewusstseins der eigenen Kompetenzen und Stärken, ermutigt werden, ihre Probleme selbst anzugehen. Somit wird auch der Wert der

selbsterarbeiteten Lösungen deutlich. Herrscht Gewalt in einer Pflegeeinrichtung, sollen die Mitarbeiter dieser Institution durch Empowerment zusammenarbeiten, was einen synergetischen Effekt zur Folge hat. Empowerment ist ein Prozess, der die Bildung von solidarischen Formen der Selbstorganisation ermöglicht (vgl. ebd.). Das bedeutet, dass das Zusammengehörigkeitsgefühl des Teams wächst. Durch die verbesserten Teamstrukturen kann eine optimalere Pflege gewährleistet werden.

Der Schwerpunkt in der Umsetzung der Empowermentstrategien liegt im Horizontwechsel für die sozialen Fachkräfte und somit deren neue Rollengestaltung (vgl. ebd., S. 265):

Der Sozialarbeiter wechselt die Perspektive, indem er die Aufmerksamkeit nicht auf die Defizite des bzw. der Klienten richtet, sondern auf seine bzw. ihre Stärken und Förderungspotenziale. Er benötigt dafür eine besondere Sensibilität, um auch vorhandene und vielleicht auch verborgene Ressourcen zu entdecken. Dazu können soziale (soziale Beziehungen und Netzwerke) und psychologische (Kontrollbewusstsein, Selbstwertgefühl) Stärken bzw. Potentiale gehören, sowie Ressourcen im Bewältigungsverhalten (Kontrolle von emotionalen Belastungen, Situation verändern). Casemanagement kann in diesem Prozess bei dem Arrangieren von Stärken, Kompetenzen und Hilfsquellen behilflich sein (vgl. ebd.). Herrscht Gewalt in einer Pflegeeinrichtung vor, so muss der Sozialarbeiter den Blick über die Defizite hinaus, also die Faktoren zur Gewaltentstehung, auf bestehende Stärken des Mitarbeiters bzw. der Mitarbeiter dieser Institution richten.

Der zweite Perspektivwechsel ist durch die Stärkung der Einzelnen in Gruppen und Kontexten gekennzeichnet. Die ausschließliche Einzelförderung rückt dabei in den Hintergrund. Hierbei gibt es drei Ebenen, auf die sich die Empowermentprozesse beziehen. Auf der ersten, der individuellen Ebene, werden die Klienten in ihrem Bewusstsein gestärkt, selbst Einfluss auf die Situation nehmen zu können. Gruppen von Gleichbetroffenen stärken diesen Prozess (Gruppenebene). Selbsthilfeprojekte und andere Initiativen sind gute Ausgangspunkte, um diese Prozesse positiv zu beeinflussen. Hat ein Klient wenige Gestaltungsmöglichkeiten, so kann er in sozialen Gruppen Unterstützung finden, sich entwickeln und aktiv mitwirken. In der strukturell-organisatorischen Ebene werden die Klienten in Organisationen mit eingebunden. Das Ziel ist es, dass die Klienten dadurch eine politische Konfliktfähigkeit erreichen und ihre politischen Interessen vertreten können (vgl. ebd., S. 265 f.). Ein

Pflegemitarbeiter, der zum Beispiel aus Überforderung Täter einer Gewalthandlung wurde, fühlt sich bestärkt, die Situation zu ändern, wenn in einer Gruppe auch andere Personen des Pflegepersonals diese Überforderung und den daraus hervorgehenden Kontrollverlust kennen.

Der dritte Punkt des Perspektivwechsels entfernt sich von der Beziehungsarbeit. An dessen Stelle tritt die Netzwerkförderung. Der Sozialarbeiter interveniert nicht direkt, sondern gibt nur Anstöße für die Empowermentprozesse. Unterstützende Netzwerke werden aufgeführt. Die Entdeckung neuer Möglichkeiten und Zusammenhänge werden dadurch gefördert. Durch diese Anstöße wird auch die Eigeninitiative der Klienten begünstigt. Die Netzwerkarbeit unterscheidet sich in fallorientiert und feldorientiert. Bei der feldorientierten Netzwerkarbeit muss der Sozialarbeiter ein künstliches Netzwerk inszenieren, da noch kein geeignetes problemadäquates Netzwerk vorhanden ist. In der fallorientierten Netzwerkarbeit werden Kontakte zu Gruppen vermittelt, die sich in ähnlichen Situationen befinden (vgl. ebd., S. 266). Im Falle von Gewalt in Pflegeeinrichtungen könnte feldorientierte Netzwerkarbeit unter anderem die Zusammenstellung einer Gruppe bedeuten, die aus Mitarbeitern der Pflege besteht, die diese Probleme betreffen. Gibt es jedoch geeignete Netzwerke, wie die Bonner Initiative HsM e.V., kann der Sozialarbeiter auch dahin vermitteln.

Im Prozess des Empowerments lernen die Klienten selbstbestimmt zu handeln. In der ersten Phase dieses Prozesses werden Klienten mobilisiert und treten aktiv ihren Problemen gegenüber. Durch die Unterstützung der Gruppe oder des Mentors wird der Klient in ein stabileres Engagement überführt. Klienten können in der dritten Phase, Integration und Routine, politische und soziale Zusammenhänge erkennen. In der letzten Phase des Empowermentprozesses hat sich die Konflikt- und Organisationsfähigkeit der Klienten entwickelt. (vgl. ebd., S 266 f.)

Empowerment ist eine geeignete Haltung des sozialen Handelns, um Gewaltanwendungen in Pflegeeinrichtungen entgegenzuwirken. Pflegepersonen wird dabei geholfen, selbst die Initiative zu ergreifen, um die vorherrschende Situation zu ändern. Sie entdecken ihre Kompetenzen und organisieren sich selbst im Team.

## 5.2 Supervision

Supervision ist eine indirekt interventionsbezogene Methode der Sozialen Arbeit und kann beim Thema „Gewalt in Altenpflegeeinrichtungen“ eingesetzt werden. Bei dieser professionsbezogenen Methode geht es um den Sozialarbeiter/ Supervisand selbst sowie das um ihn eingebundene professionelle Setting. Der Sozialarbeiter/ Supervisand soll in einen methodisch strukturierten und geschützten Rahmen die (Selbst-)Reflexion seines beruflichen Handelns, die Erweiterung seiner beruflichen Kompetenzen und die Vorbeugung von Belastungssituationen, zum Beispiel Burn-out, unter fachlicher Anleitung erzielen. Es gibt zwei Formen von Supervision. Im Zusammenhang mit Gewalt in einer Pflegeeinrichtung geht es hierbei um Supervision, die im Berufsalltag von Sozialarbeitern ansetzt. (vgl. Galuske, 2002, S. 289)

„Supervision ... kann im Sinne einer formalen Leitdefinition als Handeln bezeichnet werden, in dem ein besonders Erfahrener (Supervisor) einem nicht so Erfahrenen (Supervisand) im Rahmen gewisser Vorstellungen von Sozialarbeit und unter konkreten Umständen (Bedingungen) sowie mit bestimmten ‘Aufgaben’ (Inhalten) und Maßnahmen (Methoden) in der Absicht einer Veränderung (Wirkung der Supervision) durch regelmäßige Kommunikation zur selbstständigen Arbeit verhelfen möchte, und zwar so, daß [sic!] die weniger Erfahrenen dies als notwendigen Beistand für ihre Arbeit, die sie allerdings selbst verantworten müssen, ansehen“ (Huppertz, 1975, S. 10 zit. nach Galuske, 2002, S. 290; Einfügung: M. S.).

Supervision steht einerseits für Unterstützung und Beratung, andererseits aber auch für Anleitung und Kontrolle. Supervision gilt auch als „Beratung der Berater“. Vor allem Beratungs-, aber auch Feldkompetenzen machen den Erfahrungsmehrwert des Supervisors aus. Funktionen von Supervision sind die Analyse der Psychodynamik der professionellen Beziehungen und der Rollenhaftigkeit dieser Beziehungen sowie diese Analyseebenen miteinander zu verknüpfen. Dazugehörige Themenschwerpunkte sind Fallarbeit, Selbstthematisierung, aber auch Institutionenanalyse. (vgl. ebd., S. 290 ff.)

Supervision lässt sich in unterschiedliche Phasen aufteilen. Nach dem Phasenmodell nach Waldemar Pallasch handelt es sich bei der ersten Phase um die Orientierungsphase. Dabei wird eine gemeinsame Handlungsgrundlage entwickelt, indem der Anlass für die Supervision und das Anliegen geklärt wird. In der Informationsphase

werden Daten zusammengetragen und Eindrücke festgehalten. Diese Daten werden in der Gewichtungphase geordnet, Ziele werden abgeglichen und zukünftige Arbeitsschritte bestimmt. Auf diese Deutungen baut die Rückmeldephase auf. Sie werden ausgetauscht, verglichen und weitere Schritte werden bestimmt. In der Kontrollphase werden die Ergebnisse bewertet sowie neue Handlungsstrategien festgelegt. (vgl. ebd., S. 294)

Es gibt drei Hauptformen der Supervision: Einzelsupervision, Gruppensupervision und Teamsupervision (vgl. ebd., S. 292). Im Zusammenhang mit Gewalt in einer Pflegeeinrichtung kommen hier vordergründig die Team-, aber auch die Einzelsupervision in Betracht.

„Die Einzelsupervision bezeichnet ein Setting, im Rahmen dessen ein Sozialarbeiter mit einem Supervisor Probleme des beruflichen Alltags des Supervisanden thematisiert“ (ebd., S. 292). In diesem Fall ist der Sozialarbeiter der Pflegeeinrichtung der Supervisand und kann die daraus gewonnene positive Einstellung indirekt an das Pflgeteam weiterleiten. Doch auch ein Mitarbeiter der Pflege kann Supervisand sein und vom Supervisor supervidiert werden.

In einer solchen Situation ist allerdings die Teamsupervision zu bevorzugen. Bei einer solchen Form der Supervision stehen die Gruppenmitglieder in einer gemeinsamen Arbeitsbeziehung zueinander. Der externe Supervisor kann die problematische Arbeitssituation von außen betrachten und das Arbeitsteam, deren Beziehungsstrukturen und institutionelle Einbindung analysieren (vgl. Galuske, 2002, S. 293; Linz, 2006, S. 125). Somit können neue Perspektiven aufgeworfen und neue Handlungsansätze erarbeitet werden. Dadurch können Pflegepersonen optimaler mit der Arbeitsbelastung umgehen, was psychischen Krankheiten wie Burnout vorbeugt. Des Weiteren fördert eine Teamsupervision die Kommunikation zwischen den Mitarbeitern und verbessert somit die Arbeitsbeziehungen. (vgl. Linz, 2006, S. 125)

### 5.3 Gelingende Kommunikation

Eine gelingende Kommunikation ist die Voraussetzung für ein gesundes Wohlbefinden und schafft somit die Basis für einen gewaltfreien Umgang. Jeder Mensch hat seine eigene Lebensgeschichte und ist von unterschiedlichen Erfahrungen geprägt. Es ist wichtig, sich dies im Vorfeld bewusst zu machen.

Es gibt viele verschiedene Faktoren, die ausschlaggebend für eine gelingende Kommunikation sind. Im Zusammenhang mit dieser Bachelorarbeit wird das Vier-Seiten-Modell von Schulz von Thun näher beleuchtet.

Das Vier-Seiten-Modell der Kommunikation von Friedemann Schulz von Thun verdeutlicht, dass jede Nachricht, die sich zwischen einem Sender und einem Empfänger befindet, vier unterschiedliche Aspekte ausweist (s. Abb. 3). Das ist zum einen der Sachinhaltsaspekt, worüber der Sender informiert. Die Appellseite drückt Erwartungen des Senders vom Empfänger aus. In welcher Beziehung der Sender zum Empfänger steht und was er von ihm hält, wird im Beziehungsaspekt einer Nachricht kundgegeben. Die Selbstoffenbarungsseite gibt Auskunft über das Befinden des Senders bzw. welche Beziehung der Sender zur Sache hat, über die er redet. Diese Information wird meist unbewusst preisgegeben. (vgl. Linz, 2006, S. 113)

Abb. 3: Vier-Seiten-Modell nach Friedemann Schulz von Thun



(Bründler, Bürgisser, Lämmler et al., 2004, S. 110, resp. Schulz von Thun, 1981)

Der Sender schickt bei einer Nachricht gleichzeitig vier Botschaften, wobei der Empfänger vier Botschaften erhält. Doch meist hört oder versteht der Empfänger etwas anderes als vom Sender gesagt bzw. gemeint wurde. Daraus ergeben sich

Missverständnisse, die zu Konflikten führen können. Deshalb ist es wichtig, sich dieses Vier-Seiten-Modell bewusst zu machen.

Das Modell nach Schulz von Thun kann dem Sender dabei helfen, seine Botschaften, die er vermitteln will, klar zu strukturieren und auszudrücken. Auch der Empfänger kann anhand dieses Modells lernen, bewusster hinzuhören und alle vier Aspekte zu interpretieren, so dass er angemessen reagieren kann. Außerdem sollte er sich bewusst machen, dass beim Zuhören drei Vorgänge ablaufen: die Wahrnehmung einer Nachricht, dessen Interpretation und mit Gefühlsreaktion darauf. Durch die richtige Anwendung dieses Modells, sind Missverständnisse oft vermeidbar. (vgl. Linz, S. 155 f.)

Es gibt aber auch noch andere Faktoren, die ein Gespräch beeinflussen können. Das sind zum Beispiel die Umwelt bzw. Störfaktoren, die Zeit, der Ort, das Alter, der Wissensstand und der soziale Status von Sender und Empfänger, die Geschlechterspezifika und das äußere Erscheinungsbild. Diese Faktoren sollen hier nur am Rande betrachtet werden. Es ist jedoch wichtig, diese Faktoren in einem Gespräch zu berücksichtigen, damit es optimal verlaufen kann.

Durch eine gelingende Kommunikation können problematische Situationen oft entschärft werden. Ansatzpunkte für Konflikte sowie Missverständnisse und Unklarheiten lassen sich durch eine gute Kommunikation häufig aufklären. Eine gelingende Kommunikation ist deshalb gerade im Bereich der Pflege von großer Bedeutung. (vgl. Boldt, Zeh, 2005, S. 8)

Die Interventionsmöglichkeiten der Sozialen Arbeit setzen direkt bei den Pflegepersonen an. Doch Gewaltentstehen lässt sich zum Beispiel auch durch die Institution selber oder sogar durch Gesetze beeinflussen. Das Ziel ist, Pflegepersonen soweit zu unterstützen und zu stärken, dass sie auch Änderungen auf den höheren Ebenen erzielen können, die sich auf die unteren Instanzen positiv auswirken.

## **6 Gewaltprävention in Altenpflegeeinrichtungen**

Wichtig ist es für die Soziale Arbeit, nicht nur in bestehende Gewalthandlungen einzuschreiten, sondern diese auch im Vorfeld zu verhindern.

Gewalt fundiert auf mehrdimensionalen und multifaktoriellen Entstehungsbedingungen. Das Zusammenwirken dieser verschiedenen Faktoren erhöht das Risiko der Gewaltentstehung. Präventive Maßnahmen sind zur Verhinderung einer Eskalation vorhandener Probleme notwendig.

Oft kommt es vor, dass Gewalthandlungen in der Pflege eine Überforderung oder mangelhafte Unterstützung zu Grunde liegt. Um präventiv ansetzen zu können, ist es wichtig, dies im Vorfeld durch verschiedene Maßnahmen zu verhindern.

Maßnahmen, die Gewaltentstehung vermeiden können, sind Beratungsangebote, die in Anspruch genommen werden können oder sollten. Die Aufklärung über verschiedene Alterserkrankungen (wie zum Beispiel Demenz) sollte auch mit einbezogen werden. Außerdem ist die Sensibilisierung des Pflegepersonals ein wichtiger Faktor, um Gewalt im Vorfeld verhindern zu können. Hierbei sollen die gesellschaftlichen Vorurteile gegen das Alter aufgelöst werden, so dass Respekt gegenüber den Bewohnern sowie ein würdevoller Umgang mit den Bewohnern garantiert werden kann (vgl. Hirsch, 2002). Des Weiteren ist die Stärkung der Mitarbeiter in der Selbstpflege eine wichtige präventive Maßnahme. Dabei kann man sich an den AEDLs nach Monika Krohwinkel orientieren, indem man das Modell auf die Mitarbeiter überträgt. (vgl. Berger, Kämmer, Zimmer, 2006, S. 97, 104; s. Anlage 13)

### **Gewaltprophylaxe nach Dießenbacher und Schüller**

Dießenbacher und Schüller stellten neun Schritte der Gewaltprophylaxe dar:

Jede Pflegeperson besitzt eine natürliche Macht gegenüber den zu pflegenden Menschen. Sie kann Voraussetzung für eine gute Pflege sein, allerdings auch für eine schlechte Pflege missbraucht werden. (vgl. Dießenbacher, Schüller, 1993, S. 101)

Ein Pflegender sollte seine Gefühle genauer beobachten, wenn er über einen längeren Zeitraum Abneigung gegen (einen) Bewohner verspürt, welche nicht in einer Überlastungssituation den Ursprung hatte. In einem privaten Pflegeprotokoll soll festgehalten werden, bei welchen Tätigkeiten und wann genau Abneigung verspürt wird. (vgl. ebd.)



Wandelt sich diese Abneigung in Hass, besteht Misshandlungsgefahr. Bei diesem Gefühlszustand kann man die körperliche Anwesenheit des Gehassten kaum ertragen. Der betroffene Pflegende muss sich nun an eine dritte Person wenden, zum Beispiel einen Mitarbeiter oder eine Person des Vertrauens außerhalb des Heimes, und konkrete Handlungsschritte besprechen. (vgl. ebd., S. 101 f.)

Ein Handlungsschritt wäre ein von beiden Parteien zugestimmtes Gespräch mit dem/den betroffenen pflegebedürftigen Menschen kommt. Hierbei können sich Missverständnisse ausräumen lassen. Ist dieses Gespräch aus verschiedenen Gründen nicht möglich bzw. erfolglos verlaufen, muss der Sachverhalt der Heim- oder Pflegedienstleitung geschildert werden. Um dem „Haßpflege [sic!]“ (ebd., S. 102; Einfügung: M. S.) zu entkommen, sind arbeitsorganisatorische Änderungen im Pflegealltag unvermeidlich. Verläuft auch dieses Gespräch ohne Erfolg, muss sich die Pflegeperson mit einem Gesprächsprotokoll an den Träger des Heimes wenden. Pflegedienst- und Heimleitung erhalten ebenfalls dieses Schreiben. Bleibt dieser Handlungsschritt auch erfolglos, so sollte ein Wechsel des Arbeitnehmers in ein anderes Heim unverzüglich geplant werden, um die Situation des Misshandlungsrisikos zu entschärfen. (vgl. ebd.)

Führte einer dieser Handlungsschritte zur Entlastung der Misshandlungsgefahr, beginnt sich aber der Hass dauerhaft auf andere Bewohner zu übertragen, so liegt der Ursprung des Hasses mit großer Wahrscheinlichkeit im Umgang mit der Hinfälligkeit. Die Pflegebedürftigkeit alter Menschen verkörpert für die betroffene Pflegeperson den Verfall und konfrontiert sie mit dem Thema Tod und Sterben. Eine Supervision, eine heimexterne psychotherapeutische Beratung oder das Aufsuchen bzw. die Gründung einer Pflegeselbsthilfegruppe, kann Hilfestellungen geben „die Pflege mit professioneller Routine auszuführen, die den Pflegebedürftigen nicht dem Mißhandlungsrisiko [sic!] durch Pflegehaß [sic!] aussetzt“ (ebd., S. 103; Einfügung: M. S.). Führt jedoch keiner dieser Schritte zum Abklingen des Hassgefühls, muss man sich eingestehen den Beruf falsch gewählt zu haben. Bevor man anderen und sich selbst Schaden zufügt, ist eine Umschulung oder ein Wechsel des Berufs eine notwendige Maßnahme. (vgl. ebd., S. 102 f.)

Ist ein Pflegender der Meinung, sein Pflegehass basiert auf den heimstrukturbedingten Arbeitsüberlastungen, so sind seine Ablehnungsgefühle nicht gegen die pflegebedürftigen Menschen, sondern gegen die Heimverantwortlichen zu richten. Dieses Empfinden ist subjektiv. Es ist günstig in dem Austausch mit Mitarbeitern zu

treten, die trotz der schwierigen Arbeitsbedingungen eine gute Pflege leisten können. Durch diese kann die von Hassgefühlen erfüllte Pflegeperson seelische Kraft schöpfen und wertvolle Tipps annehmen, die ihm bei der Bewältigung der Überlastung des Pflegealltags hilfreich sein können. Eine Strukturänderung des Heimes anzustreben, wäre eine weitere Möglichkeit, die Arbeitssituation zu verbessern. Die Annahme einer Teilzeitstelle oder Stelle in einem Heim mit voraussichtlich weniger schwierigen Arbeitsbedingungen, wären außerdem Wege aus der Arbeitsüberlastung. (vgl. ebd., S 103 f.)

Bei Lohnunzufriedenheit sollten sich die Pflegepersonen bewusst machen, dass weder der Träger, noch die pflegebedürftigen Menschen selbst etwas an der Situation ändern können. Durch Neubewerbungen, weiterbildende Maßnahmen, ein Studium oder durch engagierte Mitarbeit in bestimmten Gewerkschaften oder Berufsverbänden kann man versuchen, sein Lohninteresse durchzusetzen. Die Schaffung eines neuen Lohnpflegesystems würde die Situation zwar ebenso ändern, die realistische Umsetzung ist jedoch kritisch zu betrachten. (vgl. ebd., S. 104)

Übt ein Pflegender wiederholt Gewalt aus, so hat er sich strafbar gemacht und sollte, bevor andere von außen eingreifen, aus seinem Verhalten Konsequenzen ziehen: sich bei der misshandelten Person entschuldigen, sich selbst anzeigen, eine Psychotherapie beginnen und einen Berufswechsel einschlagen. (vgl. ebd., S. 104 f.)

Ein Pflegender gerät in die Rolle des Mitwissers, wenn er bei anderen Pflegenden Anzeichen für Pflegehass oder gar Misshandlungen beobachtet. Besteht der Verdacht vorerst auf Pflegehass allein, so ist eine Kontaktaufnahme zu dem betreffenden Pflegenden notwendig. Maßnahmen zur Gewaltprophylaxe bzw. Wege aus seiner Situation sollen ihm aufgezeigt werden. Besteht allerdings ein Verdacht zur Misshandlung, sind genauere Beobachtung anzustellen und ggf. Beweise zu sichern. Das weitere Vorgehen ist situationsabhängig. „Vielleicht gilt: Je leichter die Misshandlungen eingeschätzt werden, umso eher ist der Verdächtige oder seine nähere Umgebung mit Beobachtungen und Beweismaterial bekannt zu machen. Je schwerer die Delikte eingeschätzt werden, umso eher sollten Stations- und Heimleitung, gegebenenfalls aber direkt die Kriminalpolizei verständigt werden. Diese Schritte setzen Fingerspitzengefühl und Zivilcourage voraus“ (ebd., S. 106). (vgl. ebd., S. 105 f.)

## **Schaffung einer empathischen Sichtweise für „eigene“ Verhaltensweisen von Bewohnern**

„Pflege niemanden so, wie du selbst nicht gepflegt werden willst“ (Dießenbacher, Schüller, 1993, S. 105).

Ein Alten- oder Pflegeheim ist ein Ort, wo alte Menschen aufgrund ihrer Pflegebedürftigkeit leben. Meist haben sie keine andere Wahl, als sich für den Lebensabend in einer Pflegeeinrichtung zu entscheiden, wenn die Pflege zu Hause nicht mehr durch den ambulanten Pflegedienst abzudecken ist. Oft sind die nächsten Verwandten berufstätig, wohnen weit weg oder haben keine geeignete Räumlichkeit, die eine Pflege im familiären Umfeld ermöglichen würde.

Durch den Einzug in ein Heim, geht immer ein Stück Heimat und ein Stück Individualität verloren. „Jeder hat das gemeine Pflegeunglück im Wartesaal des Todes zu ertragen“ (ebd., S. 94). Für die alten Menschen ist es meist schwer, mit dieser Situation umzugehen. Einige Bewohner reagieren darauf mit Resignation, andere revoltieren (vgl. ebd., S. 94). Doch gleich in welcher Art sich diese Menschen mit ihrem Schicksal abzufinden versuchen und die Zeit des Wartens ausfüllen, ist es wichtig, den Hintergrund des Verhaltens zu erkennen und in jedem Falle empathisch darauf eingehen zu können.

„Niemand kann einem Bewohner das gemeine Pflegeunglück der letzten Lebensphase abnehmen. Man kann es durchstehen helfen, im besten Falle mildern und erleichtern“ (ebd., S. 103).

## **7 Zusammenfassung und Schlussbetrachtung**

Gewalt ist ein Handeln oder ein Unterlassen, welches grundlegende menschliche Bedürfnisse einschränkt, beeinträchtigt oder deren Befriedigung unterbindet. Sie lässt sich in personelle, kulturelle und strukturelle Formen untergliedern. Personelle Gewalt kann man unterteilen in Misshandlungen und Vernachlässigungen.

Gewalt im Pflegealltag von Einrichtungen ist bis heute noch ein großes Tabuthema. Es gibt kaum Datenerhebungen zu Gewalthandlungen gegen alte pflegebedürftige Menschen in Institutionen. Es kann hingegen sicher gesagt werden, dass Gewalt in

Altenpflegeeinrichtungen vorherrscht und die Dunkelziffer als enorm hoch eingeschätzt wird. Viele Pflegeeinrichtungen weisen starke Qualitätsdefizite auf. Freiheitsentziehende Maßnahmen schränken die alten Menschen in ihren Grundrechten ein. Medikamentenmissbrauch und Vernachlässigungen, zum Beispiel in der Dekubitusprophylaxe oder Flüssigkeitszufuhr bei pflegebedürftigen Menschen, sind oft keine Seltenheit.

Die Entstehungsfaktoren solcher Gewaltanwendungen sind unterschiedlich und meist sehr komplex. Arbeitsüberlastungen sind eine häufig aufgezeigte Ursache. Daraus können nicht nur Frustrationen und Aggressionen resultieren. Überlastungen können Ausgangspunkt für Burnout sein. Defizite im Kommunikationsverhalten können zu Missverständnissen und Konflikten führen. Faktoren wie negative Rollenvorbilder oder die Konfrontation mit der Vergänglichkeit sind bei der Entstehung von Gewalt meist nicht unbeteiligt. Mitwissergleichgültigkeit begünstigt zunehmend Gewaltanwendungen. Die Entstehungsfaktoren von Gewalt sind multifaktoriell und mehrdimensional. Das heißt, es kann keine einfache Ursache-Wirkungsbeziehung zur Gewaltentstehung gegen alte Menschen aufgezeigt werden.

Gewalt wahrzunehmen und zu erkennen, ist die Voraussetzung für Interventionen. Supervision und Empowerment sind geeignete Interventionsmethoden der Sozialen Arbeit, die jedoch auch vorwiegend präventiv eingesetzt werden sollten. Sie können Entstehungsfaktoren, wie subjektive Arbeitsüberlastungen, dämpfen sowie Aggressionen und Burnout verhindern. Durch den Empowermentprozess sollen Menschen bestärkt werden, sich selbst im Kontext einer Gruppe zu organisieren, indem der Blick auf Stärken und Ressourcen gerichtet wird. Supervision bietet durch regelmäßige Kommunikation Beistand für ein selbstständiges und selbstverantwortliches Handeln vor dem Hintergrund der Selbstreflexion. Doch vor allem auch eine erfolgreiche Kommunikation in den Pflegeeinrichtungen ist eine wichtige Grundvoraussetzung zur Gewaltverhinderung.

Im Bezug auf die Gewaltprävention ist es von großer Bedeutung, Mitarbeiter aufzuklären sowie Beratungs-, Entlastungs- und Unterstützungsangebote aufzustellen. Des Weiteren ist es von großer Bedeutung, Mitarbeiter einer solchen Institution in der Selbstpflege zu bestärken. Die Schaffung einer empathischen Sichtweise im Bezug

auf die Situation der Pflegebedürftigkeit der alten Menschen sollte bei Hilfsangeboten nicht außer Acht gelassen werden.

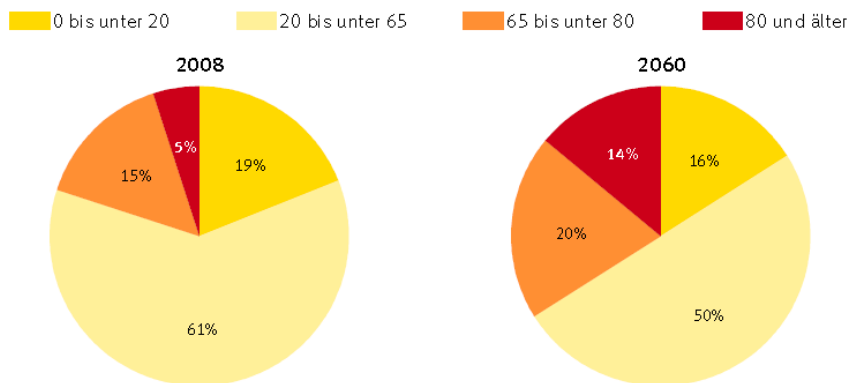
Eine Pflegeeinrichtung ist meistens die letzte Station für einen alten Menschen. Jeder Mensch hat zu unserer Gesellschaft einen Teil beigetragen. Ein gewaltfreier Lebensabend ist ein Minimum von dem, was jeder Mensch verdient hat. Es ist von großer Bedeutung, auf alte Menschen in Pflegeheimen empathisch einzugehen sowie ein autonomes Handeln trotz einer Pflegebedürftigkeit zu gewährleisten. Dies schafft die Grundvoraussetzung dafür, in Würde altern zu können.

## **Anlagenverzeichnis**

	<b>Seite</b>
<b>Anlage 1</b>	Bevölkerungsentwicklung 2008/2060 40
<b>Anlage 2</b>	Gewaltformen nach Schneider 41
<b>Anlage 3</b>	Pflegestatistik 2007 42
<b>Anlage 4</b>	Pflegestatistik 2007 Zeitreihe, Deutschlandergebnisse 1999-2007 43
<b>Anlage 5</b>	E-Mail-Verkehr mit MDK Sachsen 44
<b>Anlage 6</b>	Orte der Gewaltanwendung gegen alte Menschen im Jahresvergleich 47
<b>Anlage 7</b>	E-Mail vom LKA Sachsen 48
<b>Anlage 8</b>	Rangfolge festgestellter Qualitätsdefizite der Pflege durch den MDK 50
<b>Anlage 9</b>	§ 1906 BGB 51
<b>Anlage 10</b>	§ 239, 34 StGB 52
<b>Anlage 11</b>	Entstehung von Gewalt gegenüber alten Menschen 53
<b>Anlage 12</b>	§ 31 ff. SGB XI 54
<b>Anlage 13</b>	AEDL nach Krohwinkel 56

## Anlage 1 Bevölkerungsentwicklung 2008/2060

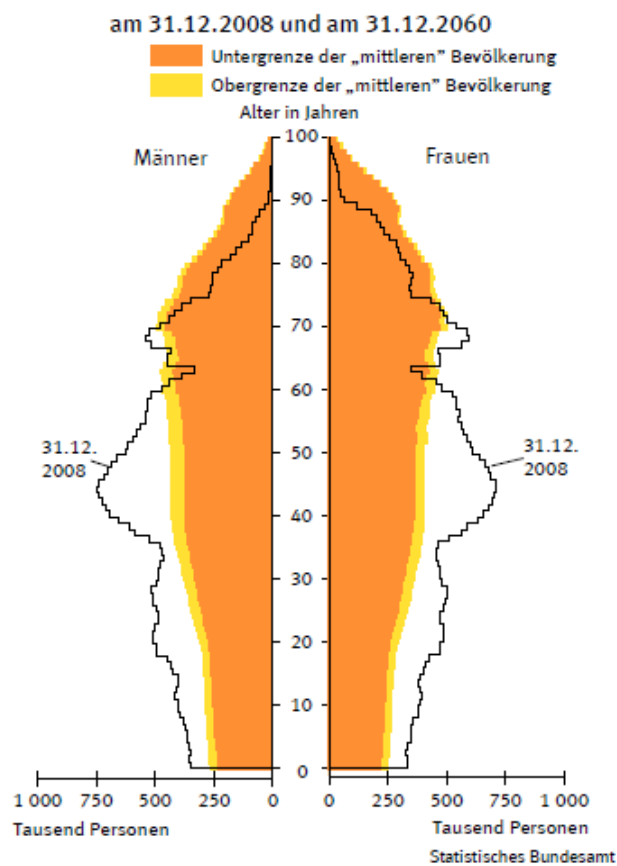
Bevölkerung nach Altersgruppen



12. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung,  
Untergrenze der "mittleren" Bevölkerung

Statistisches Bundesamt

(Statistisches Bundesamt, 2009, S. 10)



(Statistisches Bundesamt, 2009, S. 15)

## Anlage 2

## Gewaltformen nach Schneider

Gewaltformen	Erscheinungsbilder
Physische Gewalt	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Handgreiflichkeiten</li> <li>2. Verabreichung von falschen Medikamenten</li> <li>3. Psychopharmakatherapie ohne Wissen und Einwilligung</li> <li>4. Missbrauch von Beruhigungsmitteln mit Todesfolge</li> <li>5. Überdosierung von Medikamenten</li> <li>6. Künstliche Ernährung wider Willen</li> <li>7. Fixierungen</li> <li>8. Legen von Blasenverweilkathetern</li> <li>9. Schlagen</li> <li>10. Schubsen</li> <li>11. Zufügen körperlicher Beeinträchtigungen</li> <li>12. Immobilisierung</li> <li>13. Knuffen</li> <li>14. Ohrfeigen</li> </ol>
Psychische/emotionale Gewalt	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verbale Gewalt / Drohung</li> <li>• Drohendes Verhalten</li> <li>• Beleidigungen</li> <li>• Gefühlsverweigerung</li> <li>• Sicherheitsverweigerung</li> <li>• Erteilen von Befehlen</li> <li>• Rüder Umgangston</li> <li>• Duzen von alten Menschen</li> <li>• Klingel außer Reichweite</li> <li>• Unsensibler Umgang mit sterbenden Menschen</li> <li>• Todesprophezeiung in Gegenwart Sterbender</li> <li>• Erpressung</li> <li>• Distanz in Pflegebeziehungen</li> <li>• Oberflächlichkeit der Zuwendung</li> <li>• Waschen in der Nacht</li> <li>• Bedrängung/ Einschüchterung</li> <li>• Verharren des Pflegepersonals auf Expertenrolle</li> </ul>
	Drang zur Einhaltung gesundheitsfördernder Lebensführung
Finanzielle Gewalt	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Exploitation</li> <li>• Bewegen des Betroffenen hin zu Geldgaben, Geschenken, Testamentsänderungen</li> </ul>
Passive und aktive Vernachlässigung	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Unterlassen von Hilfen</li> <li>• Missbräuchlicher Einsatz von Hilfen</li> <li>• Vorenthaltung von Nahrung, Kleidung und Hygiene</li> <li>• Missbräuchlicher Einsatz der Hilfen</li> <li>• Verweigerung von Essen</li> <li>• Verweigerung von Wärme und Behaglichkeit</li> <li>• Verweigerung von Toilettengängen</li> <li>• Liegen lassen in Ausscheidungen</li> <li>• Verweigern von Pflege Techniken (Wechsel Blasen Katheter)</li> <li>• Verzicht auf Hinzuziehung eines Arztes nach Sturzverletzung</li> </ul>
Strukturelle Gewalt	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Feste Essenszeiten</li> <li>• Feste Frühstückszeiten des Personals</li> <li>• Rigide Zeitpläne</li> <li>• Reglementierte Hausordnung mit festen Schlaf-, Weck-, Essenszeiten</li> <li>• Personelle Engpässe</li> <li>• Festgelegte Arbeitsablauforganisation</li> <li>• Tagesablauf nicht in Orientierung an Bewohnerbedürfnissen</li> <li>• Starke Einengung des persönlichen Beziehungsnetzes durch Aussprechen von Verboten</li> <li>• Beeinträchtigung von Lebensradius und Lebensraum</li> <li>• Festgelegte Besuchszeiten</li> <li>• Gestörte Privatsphäre</li> </ul>
Kulturelle Gewalt	<ul style="list-style-type: none"> <li>• [Akzeptanz von Gewalt]</li> <li>• [Vorurteile gegen das Alter]</li> <li>• [Pflichtverpflichtung für Frauen]</li> <li>• [Scham der Opfer vor Öffentlichkeit]</li> <li>• [Starre intergenerative Beziehungsmuster]</li> <li>• [Ungleichheit psychisch und körperlicher Kranker]</li> </ul> <p>(Hirsch, 2001, S.19)</p>
Einschränkung der freien Willensäußerung / Freiheitsbeschränkung	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Freiheitsentziehende Maßnahmen und Fixierungen durch Bettgitter</li> <li>• Einsperren</li> <li>• Isolation</li> <li>• Einschließen</li> <li>• Verlegung in eine Einrichtung</li> <li>• Behinderungen in der Ausübung der Zivilrechte</li> </ul>
Sexuelle Misshandlung	

(Förster, 2008, S. 7f., resp. Schneider 2005)



## Anlage 3 Pflegestatistik 2007

### „ECKDATEN“ PFLEGESTATISTIK 2007

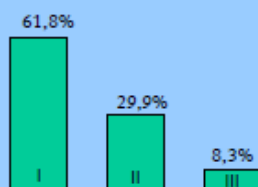
2,25 Millionen Pflegebedürftige insgesamt

zu Hause versorgt:  
1,54 Mill. (68%) durch ...

in Heimen versorgt:  
709.000 (32%)

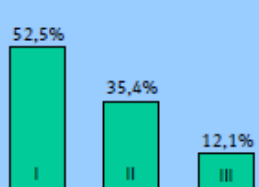
ausschließlich Angehörige:  
1.03 Mill. Pflegebedürftige

- nach Pflegestufen -

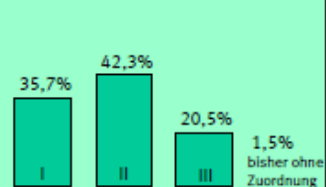


Pflegedienste:  
504.000 Pflegebedürftige

- nach Pflegestufen -



- nach Pflegestufen -



durch  
11.500 Pflegedienste  
mit  
236.000  
Beschäftigten

in  
11.000 Pflegeheimen  
mit  
574.000  
Beschäftigten

(Statistisches Bundesamt, 2008, S.12)

## Anlage 4 Pflegestatistik 2007 Zeitreihe, Deutschlandergebnisse 1999-2007

Merkmal	15.12. 1999	2001 zu 1999 Veränderungen in %	15.12. 2001	2003 zu 2001 Veränderungen in %	15.12. 2003	2005 zu 2003 Veränderungen in %	15.12. 2005	2007 zu 2005 Veränderungen in %	15.12. 2007
<b>Pflegebedürftige insgesamt.....</b>	<b>2 016 091</b>	<b>1,2</b>	<b>2 039 780</b>	<b>1,8</b>	<b>2 076 935</b>	<b>2,5</b>	<b>2 128 550</b>	<b>5,6</b>	<b>2 246 829</b>
Pflegebedürftige zu Hause versorgt.....	1 442 880	- 0,5	1 435 415	0,1	1 436 646	1,1	1 451 968	5,9	1 537 518
- allein durch Angehörige *) .....	1 027 591	- 2,6	1 000 736	- 1,4	986 520	- 0,6	980 425	5,4	1 033 286
- durch ambulante Pflegedienste .....	415 289	4,7	434 679	3,6	450 126	4,8	471 543	6,9	504 232
Pflegebedürftige in Heimen .....	573 211	5,4	604 365	5,9	640 289	5,7	676 582	4,8	709 311
- darunter vollstationäre Dauerpflege.....	554 217	5,1	582 258	5,1	612 183	5,2	644 165	4,2	671 080
Pflegestufe I.....	926 476	5,8	980 621	4,9	1 029 078	3,9	1 068 943	8,2	1 156 779
Pflegestufe II.....	784 824	- 1,6	772 397	- 1,1	764 077	0,5	768 093	2,5	787 465
Pflegestufe III.....	285 264	- 3,1	276 420	- 0,1	276 126	1,7	280 693	3,9	291 752
ohne Zuordnung.....	19 527	- 47,0	10 342	- 26,0	7 654	41,4	10 821	0,1	10 833
<b>ambulante Pflegedienste insgesamt.....</b>	<b>10 820</b>	<b>- 2,1</b>	<b>10 594</b>	<b>0,2</b>	<b>10 619</b>	<b>3,4</b>	<b>10 977</b>	<b>5,0</b>	<b>11 529</b>
<b>Personal insgesamt.....</b>	<b>183 782</b>	<b>3,1</b>	<b>189 567</b>	<b>6,0</b>	<b>200 897</b>	<b>6,7</b>	<b>214 307</b>	<b>10,2</b>	<b>236 162</b>
davon:									
Vollzeitbeschäftigt.....	56 914	1,1	57 524	0,0	57 510	- 2,0	56 354	10,7	62 405
Teilzeitbeschäftigt									
- über 50 %.....	49 149	11,9	55 008	10,5	60 762	12,1	68 141	14,1	77 762
- 50 % und weniger, aber									
nicht geringfügig beschäftigt.....	28 794	7,1	30 824	6,4	32 797	6,8	35 040	4,7	36 683
- geringfügig beschäftigt.....	39 126	- 4,6	37 326	14,0	42 565	12,7	47 957	10,6	53 034
Praktikant/in, Schüler/in, Auszubildende/r.....	1 816	- 0,4	1 809	36,0	2 460	43,5	3 530	- 1,9	3 462
Helfer/in im freiwilligen sozialen Jahr.....	562	- 16,2	471	36,3	642	9,5	703	- 14,8	599
Zivildienstleistender.....	7 421	- 11,0	6 605	- 37,0	4 161	- 37,9	2 582	- 14,1	2 217
darunter:									
staatlich anerkannte/r Altenpfleger/in.....	25 456	10,7	28 179	12,7	31 757	14,9	36 484	23,3	44 975
Gesundheits- und Krankenpfleger/in.....	58 144	- 1,2	57 457	10,1	63 233	13,0	71 425	9,5	78 184
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in.....	4 384	4,3	4 572	17,2	5 360	17,7	6 309	15,6	7 295
darunter:									
überwiegender Tätigkeitsbereich Grundpflege.....	119 388	4,4	124 602	8,8	135 540	9,2	147 973	10,5	163 580
<b>Pflegeheime insgesamt.....</b>	<b>8 859</b>	<b>3,5</b>	<b>9 165</b>	<b>6,3</b>	<b>9 743</b>	<b>7,0</b>	<b>10 424</b>	<b>5,8</b>	<b>11 029</b>
darunter: mit vollstationärer Dauerpflege.....	8 073	3,2	8 331	5,3	8 775	7,3	9 414	5,4	9 919
<b>verfügbare Plätze.....</b>	<b>645 456</b>	<b>4,5</b>	<b>674 292</b>	<b>5,8</b>	<b>713 195</b>	<b>6,2</b>	<b>757 186</b>	<b>5,5</b>	<b>799 059</b>
darunter: vollstationärer Dauerpflege.....	621 502	4,4	648 543	5,5	683 941	6,2	726 448	5,4	765 736
<b>Personal insgesamt.....</b>	<b>440 940</b>	<b>7,8</b>	<b>475 368</b>	<b>7,5</b>	<b>510 857</b>	<b>7,0</b>	<b>546 397</b>	<b>5,0</b>	<b>573 545</b>
davon:									
Vollzeitbeschäftigt.....	211 544	3,5	218 898	- 1,1	216 510	- 3,8	208 201	- 2,6	202 764
Teilzeitbeschäftigt									
- über 50 %.....	100 897	19,1	120 218	16,9	140 488	15,6	162 385	13,7	184 596
- 50 % und weniger, aber									
nicht geringfügig beschäftigt.....	54 749	13,0	61 843	14,9	71 066	10,4	78 485	7,9	84 666
- geringfügig beschäftigt.....	42 795	3,7	44 371	10,8	49 179	12,3	55 238	6,3	58 730
Praktikant/in, Schüler/in, Auszubildende/r.....	16 782	- 1,6	16 511	33,4	22 031	43,5	31 623	2,2	32 315
Helfer/in im freiwilligen sozialen Jahr.....	2 389	- 4,9	2 273	48,4	3 373	18,7	4 003	- 1,3	3 951
Zivildienstleistender.....	11 784	- 4,5	11 254	- 27,0	8 210	- 21,3	6 462	0,9	6 523
darunter:									
staatlich anerkannte/r Altenpfleger/in.....	83 705	15,5	96 700	14,0	110 208	11,0	122 333	9,5	133 927
Gesundheits- und Krankenpfleger/in.....	47 300	4,3	49 330	12,2	55 348	10,6	61 238	0,5	61 519
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in.....	2 881	8,6	3 129	14,6	3 587	4,9	3 764	6,2	3 996
darunter: überwiegender Tätigkeitsbereich									
Pflege und Betreuung.....	287 267	9,7	315 200	9,5	345 255	8,4	374 116	5,3	393 772

\*) Entspricht den Empfängern /-innen von ausschließlich Pflegegeld nach § 37 SGB XI. Empfänger / -innen von Kombinationsleistungen nach § 38 SGB XI sind dagegen in den ambulanten Pflege-diensten enthalten.

(Statistisches Bundesamt, 2008, S.27)

## **Anlage 5      E-Mail-Verkehr mit MDK Sachsen**

Von: "Maria Sembdner" <maria.sembdner@gmx.de>  
An: <dgottfried@mdk-sachsen.de>  
Betreff: Anfrage: Daten Gewalt in Pflegeeinrichtungen  
Datum: Donnerstag, 6. Januar 2011 18:30

Sehr geehrte Damen und Herren,  
ich studiere Soziale Arbeit an der HS Mittweida/Rosswein. Im Rahmen meiner Bachelorarbeit mit dem Thema "Gewalt in Altenpflegeeinrichtungen - Möglichkeiten und Grenzen gerontologisch orientierter Sozialer Arbeit" benötige ich noch einige (aktuelle) Informationen und würde mich freuen, wenn Sie mich unterstützen können.

Haben Sie statistische Erhebungen/Zahlen/Daten/Fakten etc. zu:

- Gewalt in Altenpflegeeinrichtungen allgemein,
- Gewalt ausgehend vom Pflegepersonal
- Gewalt ausgehend von alten pflegebedürftigen Menschen
- Präventionen/Interventionen oder
- Gewaltformen und -ursachen bezogen auf Altenpflege?

Ich bedanke mich im Voraus recht herzlich für Ihre Unterstützung.

Mit freundlichen Grüßen,

Maria Sembdner

---

From: Becher U. <mailto:ubecher@MDK-Sachsen.de>  
Sent: Friday, January 07, 2011 2:08 PM  
To: maria.sembdner@gmx.de  
Subject: Anfrage

Sehr geehrte Frau Sembdner,

leider können wir Sie bei Ihrer Forschungs-/Bachelorarbeit zum Thema "Gewalt in Altenpflegeeinrichtungen-Möglichkeiten und Grenzen gerontologisch orientierter sozialer Arbeit" nicht mit Zahlen/Daten/Fakten unterstützen.

Da dieser Punkt im Rahmen der Qualitätsprüfungen nicht abgeprüft wird, haben wir auch keine statistischen Erhebungen hierzu. Insgesamt erscheint es mir bei diesem brisanten Thema schwierig an Zahlen und Daten zu gelangen, da diese Form der Gewalt wahrscheinlich eher verdeckt ausgeübt wird.

Vielleicht können Sie sich mit der Heimaufsicht Sachsen in Verbindung setzen und klären inwieweit das Thema "Gewalt" in den hier eingehenden Beschwerden eine Rolle spielt.

Freundliche Grüße

Ulrike Becher  
Fachreferentin Qualitätsprüfung  
MDK Sachsen e. V.  
Am Schießhaus 1, 01067 Dresden  
0351/4985446  
ulrike.becher@mdk-sachsen.de

---

Von: Maria Sembdner [mailto:maria.sembdner@gmx.de]

Gesendet: Samstag, 8. Januar 2011 19:30

An: Becher U.

Betreff: Re: Anfrage

Sehr geehrte Frau Becher,

vielen Dank für Ihre schnelle Antwort. Haben Sie keine Daten zu den spezifischen Themen wie "freiheitsentziehende Maßnahmen", "Medikamentenmissbrauch" und andere Qualitätsdefizite (z. B. Pflegedokumentation, Dekubitusprophylaxe, Inkontinenzversorgung, der Ernährung bzw. der Flüssigkeitszufuhr)??? Denn auch diese Aspekte sind beim Thema Gewalt gegen alte pflegebedürftige Menschen zu berücksichtigen. Durch meine Recherchen bin ich in Bezug auf diese Themenbereiche schon an Informationen vom MDK gekommen, jedoch sind die Zahlen etwa von 1999 und sehr veraltet. Vielleicht können Sie mir weiter helfen?

Vielen Dank und liebe Grüße,

Maria Sembdner

---

Von: "Becher U." <ubecher@MDK-Sachsen.de>

An: "Maria Sembdner" <maria.sembdner@gmx.de>

Betreff: AW: Anfrage

Datum: Freitag, 14. Januar 2011 13:48

Sehr geehrte Frau Sembdner,

ich habe Ihr Anliegen nochmals intern kommuniziert. Leider können wir die von Ihnen gewünschte Unterstützung nicht leisten.

Dennoch viel Erfolg beim Abschluss Ihres Studiums!

Freundliche Grüße

Ulrike Becher

Fachreferentin Qualitätsprüfung

MDK Sachsen e. V.

Am Schießhaus 1, 01067 Dresden

0351/4985446

ulrike.becher@mdk-sachsen.de

---

Medizinischer Dienst der Krankenversicherung im Freistaat Sachsen e.V.

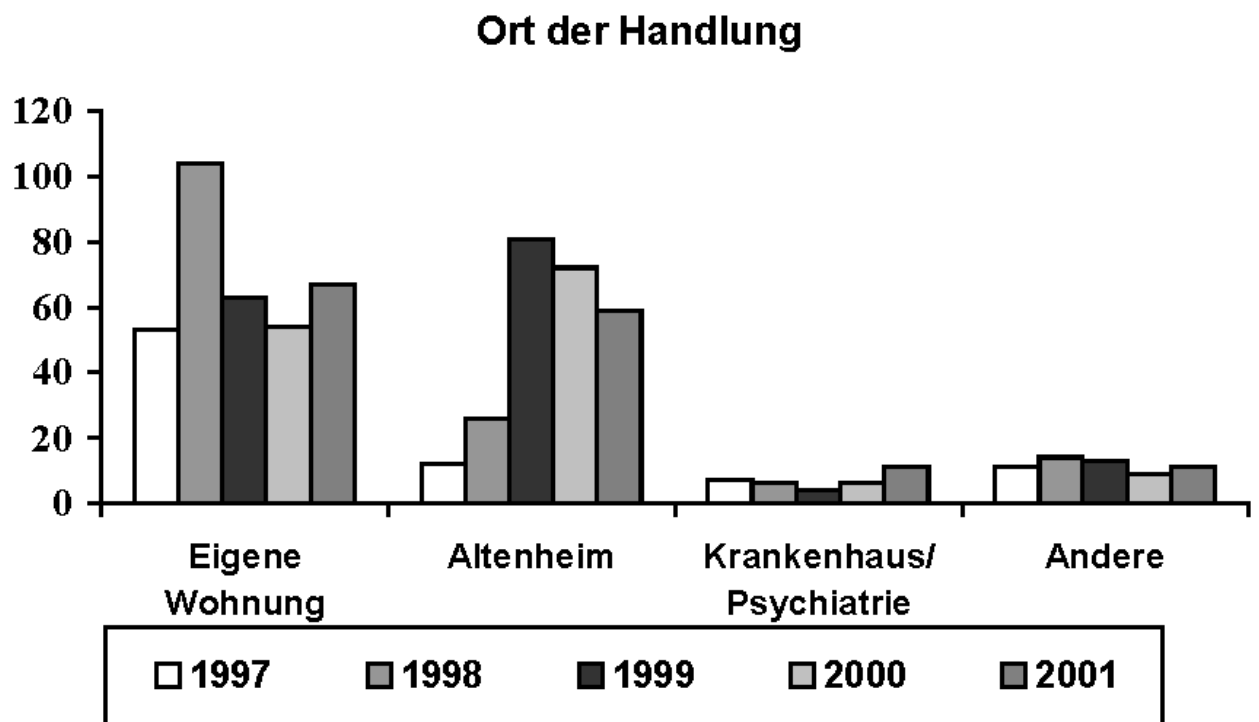
Hauptsitz Dresden

Vertretungsberechtigte Person: Dr. Ulf Sengebusch

Vereinsregister: VR 1553/Amtsgericht Dresden

(vgl. MDK Sachsen, 2011, E-Mail vom 06.01.2011, 07.01.2011, 08.01.2011, 14.01.2011)

**Anlage 6      Orte der Gewaltanwendung gegen alte Menschen im Jahresvergleich**



(Hirsch, 2003, S. 28)

## Anlage 7 E-Mail vom LKA Sachsen

Von: "Presse Pol LKA - Polizei, LKA" <pressestelle.lka@polizei.sachsen.de>

An: <maria.sembdner@gmx.de>

Betreff: Ihre Anfrage vom 7.Januar 2011

Datum: Donnerstag, 13. Januar 2011 14:54

Sehr geehrte Frau Sebdner,

anbei erhalten Sie Angaben der Polizeilichen Kriminalstatistik- zu Gewaltstraftaten, bei denen in der Opfer-Tatverdächtigen-Beziehung ein Erziehungs-/Betreuungsverhältnis im Senioren-/Pflegeheim ausgewiesen wurde.

Hinweis: In der Polizeilichen Kriminalstatistik Sachsen ist über die erfasste Opfer-TV-Beziehung hinaus nicht ausgewiesen, ob die Tat durch Heimbewohner oder Angehörige des Pflegepersonals begangen wurde.

Daten zu Fällen vor 2008 können nicht zur Verfügung gestellt werden, da Angaben zur Opfer-TV-Beziehung erst ab diesem Zeitpunkt möglich waren.

Jahr	erfasste Fälle	Anzahl der Tatverdächtigen	Anzahl der Opfer
2008	58	56	59
2009	46	48	56

Präventionstipps zum Thema Senioren und Seniorinnen finden Sie in der Broschüre "Der goldene Herbst", herausgegeben vom Programm Polizeiliche Kriminalprävention der Länder und des Bundes: [http://www.polizeiberatung.de/mediathek/kommunikationsmittel/broschueren/index/content\\_socket/broschueren/display/162/](http://www.polizeiberatung.de/mediathek/kommunikationsmittel/broschueren/index/content_socket/broschueren/display/162/)

Darin enthalten ist auch ein Kapitel zu "Gewalt in der Pflege".

Mit freundlichen Grüßen

Kathlen Zink

Stellvertretende Pressesprecherin

---

LANDESKRIMINALAMT SACHSEN

Referat LS 1 I Leitungsstab

Neuländer Straße 60 I 01129 Dresden

Tel.: +49 351 855-2022 I Fax: +49 351 855-2095 I Mobil: +49 173 9615328

kathlen.zink@polizei.sachsen.de I [www.lka.sachsen.de](http://www.lka.sachsen.de)

(vgl. LKA Sachsen, 2011, E-Mail vom 13.01.2011)



**Anlage 8      Rangfolge festgestellter Qualitätsdefizite der Pflege durch den MDK (Brüggemann 2000)**

stationär		ambulant
1.	Mängel bei der Umsetzung des Pflegeprozesses / Pflegedokumentation	1.
2.	Pflegekonzept nicht umgesetzt	4.
3.	Defizit bei der Fortbildung	2.
4.	Passivierende Pflege	7.
5.	Defizit bei der Fachliteratur	3.
6.	Defizit im Bereich Dekubitusprophylaxe/-therapie	10.
7.	Defizit im Umgang mit Medikamenten	
8.	Defizite bei Ernährung/Flüssigkeitsversorgung	11.
9.	Pflegeleitbild liegt nicht vor	5.
10.	Pflegekonzept liegt nicht vor	8.
11.	Defizite bei der Inkontinenzversorgung	15.
12.	Pflegedokumentation unvollständig/ungeeignet	9.
13.	Personalanzahl zu gering	
14.	Defizite bei freiheitseinschränkenden Maßnahmen	
15.	Verantwortliche Pflegefachkraft nicht ausreichend Qualifiziert	6.
	Stellv. PFK nicht ausreichend qualifiziert	12.
	Defizite bei Versorgung gerontopsychiatrisch Beeinträchtigter Versicherter	13.
	Mängel in der räumlichen Ausstattung	14.

(Hirsch, o. D., nach 2002, S. 5)

**§ 1906 Genehmigung des Vormundschaftsgerichts bei der Unterbringung**

- (1) Eine Unterbringung des Betreuten durch den Betreuer, die mit Freiheitsentziehung verbunden ist, ist nur zulässig, solange sie zum Wohl des Betreuten erforderlich ist, weil
  1. auf Grund einer psychischen Krankheit oder geistigen oder seelischen Behinderung des Betreuten die Gefahr besteht, dass er sich selbst tötet oder erheblichen gesundheitlichen Schaden zufügt, oder
  2. eine Untersuchung des Gesundheitszustands, eine Heilbehandlung oder ein ärztlicher Eingriff notwendig ist, ohne die Unterbringung des Betreuten nicht durchgeführt werden kann und der Betreute auf Grund einer psychischen Krankheit oder geistigen oder seelischen Behinderung die Notwendigkeit der Unterbringung nicht erkennen oder nicht nach dieser Einsicht handeln kann.
- (2) Die Unterbringung ist nur mit Genehmigung des Vormundschaftsgerichts zulässig. Ohne die Genehmigung ist die Unterbringung nur zulässig, wenn mit dem Aufschub Gefahr verbunden ist; die Genehmigung ist unverzüglich nachzuholen.
- (3) Der Betreuer hat die Unterbringung zu beenden, wenn ihre Voraussetzungen wegfallen. Er hat die Beendigung der Unterbringung dem Vormundschaftsgericht anzuzeigen.
- (4) Die Absätze 1 bis 3 gelten entsprechend, wenn dem Betreuten, der sich in einer Anstalt, einem Heim oder einer sonstigen Einrichtungen aufhält, ohne untergebracht zu sein, durch mechanische Vorrichtungen, Medikamente oder auf andere Weise über einen längeren Zeitraum oder regelmäßig die Freiheit entzogen werden soll.
- (5) Die Unterbringung durch einen Bevollmächtigten und die Einwilligung eines Bevollmächtigten in Maßnahmen nach Absatz 4 setzt voraus, dass die Vollmacht schriftlich erteilt ist und die in den Absätzen 1 und 4 genannten Maßnahmen ausdrücklich umfasst. Im Übrigen gelten die Absätze 1 bis 4 entsprechend.“

## **Anlage 10    § 239, 34 StGB**

### **§ 239 Freiheitsberaubung**

(1) Wer einen Menschen einsperrt oder auf andere Weise der Freiheit beraubt, wird mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.

(2) Der Versuch ist strafbar.

(3) Auf Freiheitsstrafe von einem Jahr bis zu zehn Jahren ist zu erkennen, wenn der Täter

1. das Opfer länger als eine Woche der Freiheit beraubt oder

2. durch die Tat oder eine während der Tat begangene Handlung eine schwere Gesundheitsschädigung des Opfers verursacht.

(4) Verursacht der Täter durch die Tat oder eine während der Tat begangene Handlung den Tod des Opfers, so ist die Strafe Freiheitsstrafe nicht unter drei Jahren.

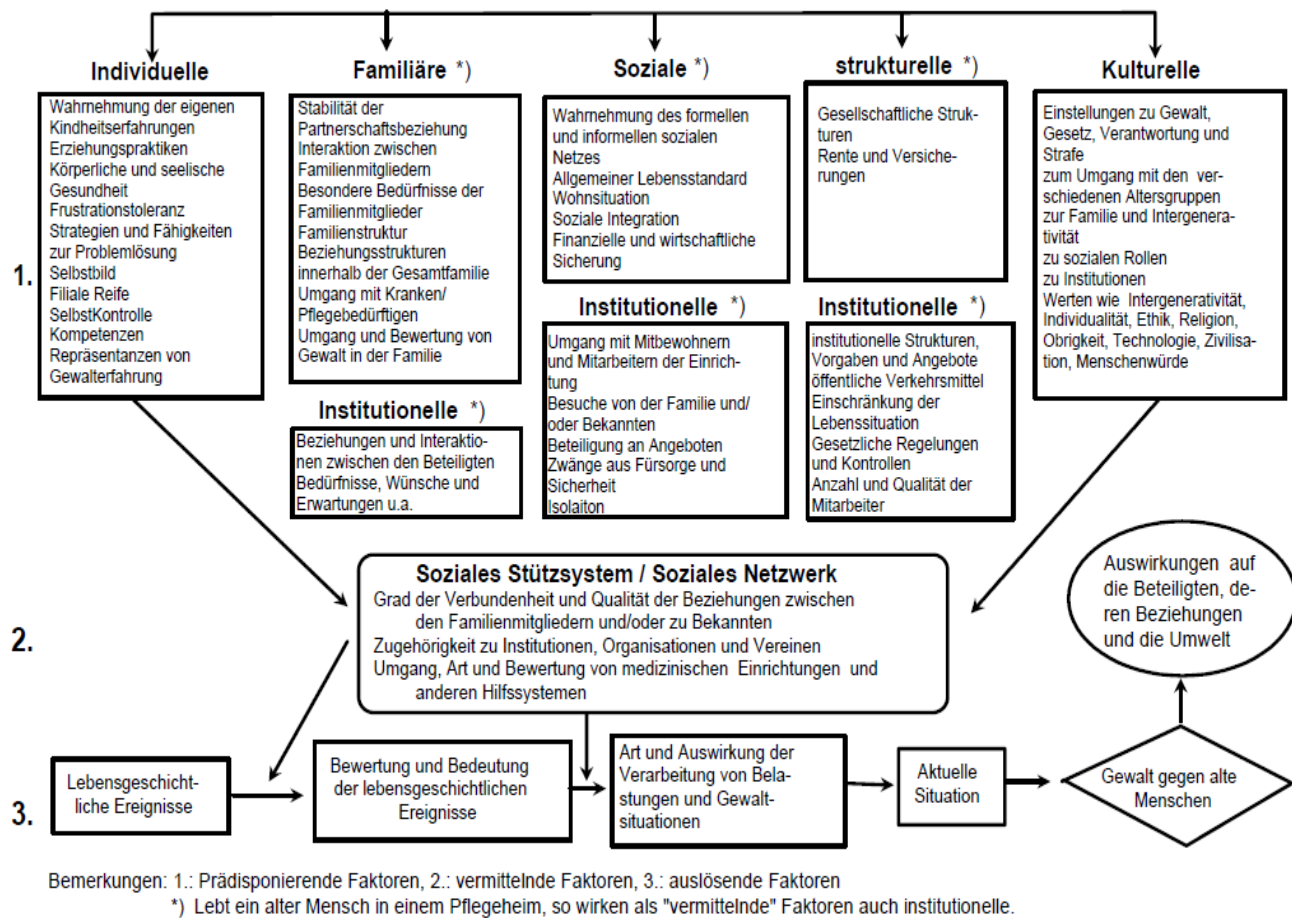
(5) In minder schweren Fällen des Absatzes 3 ist auf Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu fünf Jahren, in minder schweren Fällen des Absatzes 4 auf Freiheitsstrafe von einem Jahr bis zu zehn Jahren zu erkennen.

### **§ 34 Rechtfertigender Notstand**

Wer in einer gegenwärtigen, nicht anders abwendbaren Gefahr für Leben, Leib, Freiheit, Ehre, Eigentum oder ein anderes Rechtsgut eine Tat begeht, um die Gefahr von sich oder einem anderen abzuwenden, handelt nicht rechtswidrig, wenn bei Abwägung der widerstreitenden Interessen, namentlich der betroffenen Rechtsgüter und des Grades der ihnen drohenden Gefahren, das geschützte Interesse das beeinträchtigte wesentlich überwiegt. Dies gilt jedoch nur, soweit die Tat ein angemessenes Mittel ist, die Gefahr abzuwenden.

(StGB, § 239, 34)

## Anlage 11 Entstehung von Gewalt gegenüber alten Menschen



(Hirsch, o. D., nach 2002, S. 7)

**§ 31    Vorrang der Rehabilitation vor Pflege**

(1) Die Pflegekassen prüfen im Einzelfall, welche Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und ergänzenden Leistungen geeignet und zumutbar sind, Pflegebedürftigkeit zu überwinden, zu mindern oder ihre Verschlimmerung zu verhüten. Werden Leistungen nach diesem Buch gewährt, ist bei Nachuntersuchungen die Frage geeigneter und zumutbarer Leistungen zur medizinischen Rehabilitation mit zu prüfen.

(2) Die Pflegekassen haben bei der Einleitung und Ausführung der Leistungen zur Pflege sowie bei Beratung, Auskunft und Aufklärung mit den Trägern der Rehabilitation eng zusammenzuarbeiten, um Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern oder ihre Verschlimmerung zu verhüten.

(3) Wenn eine Pflegekasse feststellt, daß im Einzelfall Leistungen zur medizinischen Rehabilitation angezeigt sind, hat sie dies dem Versicherten und dem zuständigen Träger der Rehabilitation unverzüglich mitzuteilen.

(4) Die Pflegekassen unterstützen die Versicherten auch bei der Inanspruchnahme von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, insbesondere bei der Antragstellung.

**§ 32    Vorläufige Leistungen zur medizinischen Rehabilitation**

(1) Die Pflegekasse erbringt vorläufige Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, wenn eine sofortige Leistungserbringung erforderlich ist, um eine unmittelbar drohende Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, eine bestehende Pflegebedürftigkeit zu überwinden, zu mindern oder eine Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit zu verhüten, und sonst die sofortige Einleitung der Leistungen gefährdet wäre.

(2) Die Pflegekasse hat zuvor den zuständigen Träger zu unterrichten und auf die Eilbedürftigkeit der Leistungsgewährung hinzuweisen; wird dieser nicht rechtzeitig, spätestens jedoch vier Wochen nach Antragstellung, tätig, erbringt die Pflegekasse die Leistungen vorläufig.

**§ 33    Leistungsvoraussetzungen**

(1) Versicherte erhalten die Leistungen der Pflegeversicherung auf Antrag. Die Leistungen werden ab Antragstellung gewährt, frühestens jedoch von dem Zeitpunkt an, in dem die Anspruchsvoraussetzungen vorliegen. Wird der Antrag später als einen

Monat nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit gestellt, werden die Leistungen vom Beginn des Monats der Antragstellung an gewährt.

(2) Anspruch auf Leistungen besteht:

1. in der Zeit vom 1. Januar 1996 bis 31. Dezember 1996, wenn der Versicherte vor der Antragstellung mindestens ein Jahr,
2. in der Zeit vom 1. Januar 1997 bis 31. Dezember 1997, wenn der Versicherte vor der Antragstellung mindestens zwei Jahre,
3. in der Zeit vom 1. Januar 1998 bis 31. Dezember 1998, wenn der Versicherte vor der Antragstellung mindestens drei Jahre,
4. in der Zeit vom 1. Januar 1999 bis 31. Dezember 1999, wenn der Versicherte vor der Antragstellung mindestens vier Jahre,
5. in der Zeit ab 1. Januar 2000, wenn der Versicherte in den letzten zehn Jahren vor der Antragstellung mindestens fünf Jahre

als Mitglied versichert oder nach § 25 familienversichert war. Zeiten der Weiterversicherung nach § 26 Abs. 2 werden bei der Ermittlung der nach Satz 1 erforderlichen Vorversicherungszeit mitberücksichtigt. Für versicherte Kinder gilt die Vorversicherungszeit nach Satz 1 als erfüllt, wenn ein Elternteil sie erfüllt.

(3) Personen, die wegen des Eintritts von Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung aus der privaten Pflegeversicherung ausscheiden, ist die dort ununterbrochen zurückgelegte Versicherungszeit auf die Vorversicherungszeit nach Absatz 2 anzurechnen.

(4) Absatz 2 gilt nicht für Personen, für die auf Grund der Regelung des Artikels 28 des Gesetzes zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) zum 1. Januar 1997 Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung und damit nach § 20 Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung eintritt.

(SGB XI, § 31 ff.)

### Anlage 13 AEDL nach Krohwinkel



(Berger, Kämmer, Zimmer, 2006, S. 104)

## Quellen- und Literaturverzeichnis

### *Bücher*

BERGER, Gerhard; KÄMMER, Karla; ZIMMER, Andreas (Hrsg.) (2006): Erfolgsfaktor Gesundheit. Handbuch zum betrieblichen Gesundheitsmanagement. Teil 2: Pflegemanagement und Selbstpflege. Hannover: Vincentz Verlag.

BRÜNDLER, Paul; BÜRGISSER, Daniel; LÄMMLI, Dominique, BORNAND, Jillina (2004): Einführung in die Psychologie und Pädagogik. Lerntext, Aufgaben mit kommentierten Lösungen und Glossar. Zürich: Compendio Bildungsmedien.

DIEßENBACHER, Hartmut; SCHÜLLER, Kirsten (1993): Gewalt im Altenheim. Freiburg im Breisgau: Lambertus Verlag.

FÖRSTER, Christine (2008): Gewalt in der institutionellen Altenpflege. Welche biographischen und sozialen Konstellationen wirken fördernd auf die Ausübung in der institutionellen Altenpflege und welche Ressourcen spielen zur Reduktion der Gewalt eine Rolle ?. Bonn: Mabuse-Verlag GmbH.

FREUDENBERGER, Herbert J. (1994): Burn-Out bei Frauen. Über das Gefühl des Ausgebranntseins, Frankfurt am Main: Fischer Verlag.

GALUSKE, Michael (2002): Methoden der Sozialen Arbeit. Eine Einführung. 4. Aufl. Weinheim und München: Juventa Verlag.

HENSSLER KG, El proveedor de (1996): Deutscher Heim- und Pflege-Atlas. Frankfurt am Main: Druck und Verlag.



LINZ, Jutta (2006): Gesunde Beziehungen durch gelingende Kommunikation. in: Berger, Gerhard; Kämmer, Karla; Zimmer, Andreas (Hrsg.) (2006): Erfolgsfaktor Gesundheit. Handbuch zum betrieblichen Gesundheitsmanagement. Teil 2: Pflegemanagement und Selbstpflege. Hannover: Vincentz Verlag.

MASLACH, Christina; LEITER, Michael P. (2001): Die Wahrheit über Burnout. Stress am Arbeitsplatz und was Sie dagegen tun können, Wien, New York: Springer Verlag.

MICHALKE, Cornelia (2001): Altenpflege konkret. Pflege Theorie und -praxis. München, Jena: Urban & Fischer Verlag.

POPITZ, Heinrich (1992): Phänomene der Macht. 2. Aufl. Tübingen: Mohr Siebeck Verlag.

#### *Internet*

BOLDT, Andreas; ZEH, Annett (2005): Gewalt und Aggression in Betreuungsberufen. Für ein gesundes Berufsleben. Berufsgenossenschaft für Gesundheit und Wohlfahrtspflege. Heiligenhafen: Eggers Druckerei & Verlag GmbH. URL: [http://www.vdab.de/fileadmin/doks/download/infodienst/BGW-Broschuere\\_Gewalt.pdf](http://www.vdab.de/fileadmin/doks/download/infodienst/BGW-Broschuere_Gewalt.pdf), verfügbar am: 04.02.2011.

BUNDESMINISTERIUM FÜR FAMILIE, SENIOREN, FRAUEN UND JUGEND (2006): Erster Bericht des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend über die Situation der Heime und die Betreuung der Bewohnerinnen und Bewohner. URL: <http://www.bmfsfj.de/Publikationen/heimbericht/01-Redaktion/PDF-Anlagen/gesamtdokument,property=pdf,bereich=heimbericht,sprache=de,rwb=true.pdf>, verfügbar am: 05.02.2011.

HILLERT, Andreas (2011): Burnout, Burn-out-Syndrom.. Schön Klinik. URL: [www.schoen-kliniken.de/ptp/medizin/psychosomatik/khb/burnout/](http://www.schoen-kliniken.de/ptp/medizin/psychosomatik/khb/burnout/), verfügbar am: 02.02.2011.

HIRSCH, Rolf D. (2002): Gewalt in der Pflege Demenzkranker. Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. Alzheimer Info 02/2002 Bonn. URL: <http://www.deutsche-alzheimer.de/index.php?id=96>, verfügbar am: 27.12.2010.

HIRSCH, Rolf D. (o. D., nach 2002): Gewalt gegen alte Menschen: Ein Überblick zur Situation in Deutschland. Möglichkeiten zur Prävention und Intervention durch private Initiativen. HsM-Bonner Initiative gegen Gewalt im Alter e.V.. URL: [http://www.hsm-bonn.de/download/07\\_dfk.pdf](http://www.hsm-bonn.de/download/07_dfk.pdf), verfügbar am: 01.12.2010.

HIRSCH, Rolf D. (2003): Gewalt gegen alte Menschen: Ein Überblick zur Situation in Deutschland. Möglichkeiten zur Prävention und Intervention durch private Initiativen. HsM-Bonner Initiative gegen Gewalt im Alter e.V.: In: Workshop Reader. „Prävention von Gewalt gegen alte Menschen – private Initiativen“. Bonn: Stiftung Deutsches Forum für Kriminalprävention. URL: [http://www.kriminalpraevention.de/downloads/as/gewaltpraev/aem/Gewalt\\_gegen\\_alte\\_Menschen.pdf](http://www.kriminalpraevention.de/downloads/as/gewaltpraev/aem/Gewalt_gegen_alte_Menschen.pdf), verfügbar am: 28.01.2011.

LIESKE, Janette (2004): Gewalt in der stationären Altenpflege. Diplomarbeit. München und Ravensburg: GRIN Verlag. URL: [http://books.google.de/books?hl=d|e&lr=&id=tpY6eI4NZjkC&oi=fnd&pg=PA6&dq=entstehung+altenpflegeheim&ots=6gBHyGFQxB&sig=o03BZD0yoQg\\_zl1W-frJx4z6ikM#v=onepage&q=entstehung%20altenpflegeheim&f=false](http://books.google.de/books?hl=d|e&lr=&id=tpY6eI4NZjkC&oi=fnd&pg=PA6&dq=entstehung+altenpflegeheim&ots=6gBHyGFQxB&sig=o03BZD0yoQg_zl1W-frJx4z6ikM#v=onepage&q=entstehung%20altenpflegeheim&f=false), verfügbar am: 14.01.2011.

SCHAUDY, Franz J. (o. D., nach 2007): Eustress – Distress – Extreme stress... what's next?. Karriere.at. URL: <http://www.karriere.at/artikel/428/eustress-%E2%80%93-distress-%E2%80%93-extreme-stress%E2%80%A6-what%E2%80%93next>, verfügbar am: 12.02.2011.

SCHNEIDER, Veronika (2006): Gewalt in der Pflege. Nürnberg: Institut für Gerontologie und Ethik. URL: <http://www.stmas.bayern.de/pflege/dokumentation/fteschneider.pdf>, verfügbar am: 12.02.2011.

SCHULENBERG, Helga (2010): Gewalt gegen Alte. Leitfaden der Landesärztekammer Baden-Württemberg für Ärztinnen und Ärzte zum Umgang mit alten Patienten in Heimen und in der häuslichen Pflege, die von Gewalt betroffen sind. URL: <http://www.aerztekammer-bw.de/25/08laek/dokumentation/100321/6.pdf>, verfügbar am: 24.01.2011.

SCHULTZE-ZEU, Ruth (o. D.): Freiheitsentziehende Maßnahmen unter besonderer Berücksichtigung von Maßnahmen in Pflegeheimen. URL: [http://www.ratgeber-anzthftung.de/pdf/Freiheitsentziehende\\_Massnahmen.pdf](http://www.ratgeber-anzthftung.de/pdf/Freiheitsentziehende_Massnahmen.pdf), verfügbar am: 03.01.2011.

SPRINGER MEDIZIN (2007): Stress & Burnout. Pflegekräfte erkranken oft psychisch. URL: [http://www.lifeline.de/lispecial/persoentlichkeit/stress\\_burnout/content-130288.html](http://www.lifeline.de/lispecial/persoentlichkeit/stress_burnout/content-130288.html), verfügbar am: 12.02.2011.

STATISTISCHES BUNDESAMT (2008): Pflegestatistik 2007. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt. URL: <http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Publikationen/Fachveroeffentlichungen/Sozialleistungen/Pflegestatistik2001bis2003,templateId=renderPrint.psml>, verfügbar am: 05.12.2010.

STATISTISCHES BUNDESAMT (2009): Pressekonferenz „Bevölkerungsentwicklung in Deutschland bis 2060“. Am 18. November 2009 in Berlin. Statement von Präsident Roderich Egeler. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt. URL: [http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Presse/pk/200|9/Bevoelkerung/Statement\\_\\_Egeler\\_\\_PDF,property=file.pdf](http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Presse/pk/200|9/Bevoelkerung/Statement__Egeler__PDF,property=file.pdf), verfügbar am: 20.01.2011.

## *Sonstiges*

### *E-Mails*

LKA Sachsen (2011): Angaben der Polizeilichen Kriminalstatistik- zu Gewaltstraftaten, bei denen in der Opfer-Tatverdächtigen-Beziehung ein Erziehungs-/Betreuungsverhältnis im Senioren-/Pflegeheim ausgewiesen wurde. E-Mail vom 13.01.2011, erhalten um 14:54 Uhr

MDK Sachsen (2011): Anfrage: Daten Gewalt in Pflegeeinrichtungen. E-Mail vom 06.01.2011, gesendet um 18:30 Uhr. E-Mail vom 07.01.2011, erhalten um 14:08 Uhr. E-Mail vom 08.01.2011, gesendet um 19:30 Uhr. E-Mail vom 14.01.2011, erhalten um 13:48 Uhr

## **Selbstständigkeitserklärung**

### **Erklärung**

Ich erkläre, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und nur unter Verwendung der angegebenen Literatur und Hilfsmittel angefertigt habe.

Döbeln, 21.02.2011

Maria Sembdner